

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1911.

THÈSE

N° 3

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

M. EDMOND LÉVY

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

ET DES MATERNITÉS DE SAINT-LOUIS ET DE LA Pitié

Né à Sidi-bel-Abbès, le 15 Juin 1882.

Contribution à l'étude du Traitement
chirurgical des Hémorrhagies rétro-
placentaires.

Président : M. PINARD, Professeur.

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—
1911



3

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1911.

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

M. EDMOND LÉVY

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

ET DES MATERNITÉS DE SAINT-LOUIS ET DE LA PITIÉ

Né à Sidi-bel-Abbès, le 15 Juin 1882.

Contribution à l'étude du Traitement
chirurgical des Hémorrhagies rétro-
placentaires.



Président : M. PINARD, *Professeur.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. LANDOUZY.

Professeurs..... MM.

Anatomie.....	NICOLAS.
Physiologie.....	CH. RICHEL.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale.....	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	ACHARD.
Pathologie médicale.....	DEJERINE.
Pathologie chirurgicale.....	WIDAL.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	MARIE (Pierre).
Opérations et appareils.....	PRENANT.
Pharmacologie et Matière médicale.....	HARTMANN.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	MARFAN.
Médecine légale.....	CHANTEMESSE
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie.....	THOINOT.
Pathologie comparée et expérimentale.....	CHAUFFARD
	ROGER.
	HAYEM.
Clinique médicale.....	DEBOVE.
	LANDOUZY.
Clinique des maladies des enfants.....	GILBERT
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	GAUCHER.
Clinique des maladies nerveuses.....	BALLET (Gilbert).
	DEJERINE.
	QUENU.
Clinique chirurgicale.....	RECLUS.
	SEGOND.
	DELBET (Pierre).
Clinique ophtalmologique.....	DE LAPERSONNE.
Clinique des voies urinaires.....	ALBARRAN.
	PINARD.
Clinique d'accouchements.....	BAR.
	RIBMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique.....	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique.....	ROBIN.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
BALTHAZARD	DESGREZ.	LENORMANT.	RATHERY.
BERNARD (Léon).	DUVAL (Pierre).	LERI.	RETTERRER.
BRANCA.	GOUGEROT.	LOEPER.	RICHAUD.
BRINDEAU.	GREGOIRE.	MACAIGNE.	ROUSSY.
BROCA (André).	GUENIOT.	MAILLARD.	ROUVIERE.
BRUMPT.	GUILLAIN.	MORESTIN.	SCHWARTZ.
CAMUS.	JEANNIN.	MULON.	SICARD.
CARNOT.	JOUSSET.	NICLOUX.	TERRIEN (F.).
CASTAIGNE.	LABBE (Marcel).	NOBECOURT	TIFFENEAU.
CHEVASSU.	LAIGNEL-LAVASTINE.	OKINCZYC.	ZIMMERN.
CLAUDE.	LANGLOIS.	OMBREDANNE.	
COUVELAIRE.	LECENE.	PROUST.	

Le Secrétaire de la Faculté : DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ou improbation.

A M. le Professeur PINARD

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

*En hommage de respectueuse et profonde
gratitude pour la bienveillance qu'il veut
bien me témoigner et l'honneur qu'il me
fait en acceptant la présidence de cette thèse.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

En témoignage de mon affectueuse reconnaissance.

Internat.

1907-1908. M. le Professeur agrégé BROCA (Internat provisoire).

1908-1909. M. le Professeur agrégé COUVELAIRE (1^{er} semestre).

M. D^r LAUNAY et M. le Prof^r agrégé OMBRÉDANNE (2^e sem.).

1909-1910. M. le Professeur agrégé BROCA.

1910-1911. M. le Professeur HARTMANN.

1911-1912. M. le Professeur agrégé POTOCKI.

Externat.

1905-1906. M. le Docteur HIRTZ.

1906-1907. M. le Professeur RECLUS.

MM. BRINDEAU, CUNÉO, FUNCK-BRENTANO, LECÈNE, MOUCHET,
SAUVAGE, SCHWARTZ, VAQUEZ.

INTRODUCTION

L'affection dont nous voulons étudier le traitement chirurgical est « l'hémorragie rétro-placentaire, hémorragie utéro-placentaire cachée se produisant pendant la deuxième moitié de la grossesse ou pendant l'accouchement. » (Pinard).

A l'instigation de notre maître M. le Prof^r agrégé Couvelaire, nous avons entrepris cette étude basée sur une observation qui lui est personnelle et sur les statistiques mises à notre disposition par M. le Prof^r Pinard:

Décrite par Baudelocque, niée par M^{me} La Chapelle, Velpeau, Stoltz, l'existence anatomo-clinique de l'hémorragie rétro-placentaire a été définitivement démontrée par les pièces de Winter (1889), de Pinard et Varnier (1892) pour ne citer que les premières en date.

Cliniquement, l'hémorragie rétroplacentaire se traduit par un syndrome bien établi par M. le prof^r Pinard.

« Je passe sur la douleur vive, lancinante qui se produirait au moment précis où le placenta se décolle : pour ma part je ne l'ai jamais observée.

En revanche il faut tenir grand compte, chez une femme près du terme et ne perdant pas de sang, de l'apparition soudaine progressive des phénomènes dits hémorragiques, tels que les vertiges, les baillements, les bourdonnements d'oreille, la petitesse du pouls, la pâleur de la face.

Localement, il est des signes de la plus haute valeur : c'est la forme irrégulière de l'utérus, c'est surtout sa consistance ligneuse, — c'est la dureté du segment inférieur qui s'enfonce comme une sébille de bois dans l'excavation.

Enfin, si sur un utérus qui présente ces modifications si particulières de forme et de consistance vous constatez subitement une augmentation de volume, le doute n'est plus permis, le diagnostic s'impose ».

Cette hémorragie rétroplacentaire décollant le placenta de la paroi utérine quel que soit le lieu d'insertion de ce placenta, tire sa gravité, d'une part, de son abondance — l'hémorragie peut tuer la femme en quelques instants, en quelques heures sans donner lieu à un écoulement sanguin impressionnant hors des organes génitaux — d'autre part, de l'état pathologique qui est à l'origine de l'hémorragie. Très souvent, le plus souvent même, il s'agit de femmes albuminuriques (Pinard), présentant les lésions hépatiques en tout point semblables à celles que l'on rencontre chez la femme ayant eu des convulsions dites éclamptiques (Bar), en état de rétention chlorurée et azotée (Couvelaire).

Les statistiques anciennes — à la vérité constituées par les seuls cas graves qui ne sont pas les plus fréquents — donnent des pourcentages de mortalité très élevés. Par exemple :

Goodel : sur 106 femmes 53 meurent, soit 51,8 ‰

Braxton Hicks : sur 23 femmes 15 meurent, soit 65,2 ‰

On comprend que des accoucheurs se soient préoccupés d'améliorer un pronostic si sévère.

Cette amélioration du pronostic dépend de plusieurs facteurs :

1° Le diagnostic précoce : dans cet ordre d'idées les progrès ont été très grands et il est juste de mettre en relief les travaux de notre maître le Prof^r Pinard qui a précisé et rendu facile le diagnostic précoce de cette redoutable affection ;

2° La mise en œuvre opportune d'un traitement obstétrical qui a pour base la rupture des membranes et pour objectif l'évacuation de l'utérus ;

3° La mise en œuvre d'un traitement chirurgical pour les cas où le traitement obstétrical est inefficace ou dangereux.

C'est ce traitement chirurgical que nous nous proposons d'étudier dans ce travail.

Voici le plan que nous suivrons :

CHAPITRE PREMIER. — *Historique.*

CHAPITRE II. — *De la place du traitement chirurgical dans la thérapeutique générale du décollement prématuré du placenta normalement inséré.*

CHAPITRE III. — *Des indications générales du traitement chirurgical.*

CHAPITRE IV. — *Indications cliniques du traitement chirurgical.*

CHAPITRE V. — *Technique et résultats du traitement chirurgical.*

CHAPITRE PREMIER

Historique

L'idée première de pratiquer l'hystérotomie dans les cas de décollement prématuré du placenta normalement inséré, semble appartenir à Eklinton (1) qui en 1844 fit une opération césarienne chez une femme agonisante dans le but d'avoir un enfant vivant. Mais il s'agissait dans ce cas d'une erreur d'interprétation. L'enfant fut extrait mort.

Bajot (2) en 1892, pratique avec succès une opération de Porro chez une femme presque exsangue.

En 1893, Koffer (3) fait également avec succès une opération du même genre pour hémorragie secondaire après l'accouchement.

Meyer (4) en 1893 eut également l'idée que l'opération césarienne pouvait être indiquée. Mais en raison de circonstances particulières, il se contenta de pratiquer une basiotripsie chez une femme qu'il avait d'abord pensé

(1) IN BRAXTON HICKS. On concealed accidental hæmorrhage at the latter and of pregnancy and during labour. *Transactions of the obst. society.* London, vol. 2, 1860, p. 63.

(2) MALCOM STORER. *The Bost. med. and surg. Journ.*, 1892, CXXVIII, p. 377.

(3) *Arch. f. Gyn.*, 1894, Bd 46, p. 256.

(4) FAURE. Th. Zürich, 1899.

justiciable de l'opération césarienne. Quelques instants après la femme mourait.

Mais tous ces cas sont restés isolés ; l'indication de la césarienne n'a été pour ainsi dire qu'entrevue ou posée sur des données peu précises. Rien d'étonnant, du reste, car l'histoire anatomo-clinique de l'hémorragie rétro-placentaire était encore très obscure. Son existence même était niée par nombre d'accoucheurs.

En 1898, M. le Prof^r Pinard, qui avait précisé la séméiologie de ce syndrome, pose nettement les indications du traitement chirurgical.

Voici comment s'exprime notre maître (1) dans une leçon qu'il fit à la clinique Baudelocque, le 24 janvier 1898.

« Je n'hésite pas à le dire, je n'hésiterais pas à le faire, en présence d'un cas d'hémorragie rétro-placentaire grave, sûr de mon diagnostic, j'irais directement par la laparotomie atteindre le foyer hémorragique inaccessible par les voies naturelles. Je viderais rapidement l'utérus de son contenu et ensuite je le traiterais suivant l'état de l'opérée, soit par l'amputation supravaginale, soit par l'hystérectomie abdominale totale. »

Cette évolution thérapeutique est aujourd'hui sanctionnée par les résultats heureux qui ont été obtenus.

Kouwer (2), en 1898, rapporte à la Société d'obstétrique des Pays-Bas un cas de césarienne abdominale conservatrice pour hémorragie rétro-placentaire. Au cours

(1) PINARD. Hémorragie par décollement du placenta normalement inséré (hémorragie rétro-placentaire). *Clinique obstétricale*. Paris, 1899, p. 197.

(2) KOUWER. *Niederlandsche Geselschaft f. Obst. und gyn.*, 13 oct. 1897; *Centralbl. f. gyn.*, 1898, N° 28, p. 753.

de l'intervention il remarqua une déchirure incomplète externe de l'utérus qui fut suturée. La malade mourut d'hémorragie secondaire.

En Allemagne, sous l'influence des idées de Dührsenn, on pratique l'hystérotomie par voie vaginale. Ce fut la technique employée par Rühl, Everke, Germann, Herz, Döderlein.

L'exemple fut suivi en Russie par Skrobansky et en Suède par Brandt.

En Italie, au Congrès de Rome, Pestalozza rapporte un cas de décollement prématuré du placenta normalement inséré, traité par la technique de Dührsenn légèrement modifiée.

Tarjett de Londres, Savaje de Birmingham, traitent un cas du même genre par une opération de Porro.

En France on a préféré également la voie abdominale, Bar, Ribemont-Dessaignes, Lequeux, Couvelaire ont traité des cas d'hémorragie rétro-placentaire par la césarienne abdominale suivie ou non d'hystérectomie.

Cependant, Fabre (de Lyon) a eu recours à la césarienne vaginale et s'en déclare partisan.

CHAPITRE II

De la place du traitement chirurgical dans la thérapeutique générale du décollement prématuré du placenta normalement inséré.

Sous le nom de traitement chirurgical du décollement prématuré du placenta normalement inséré, nous ne retiendrons que les hystérotomies larges :

L'opération césarienne abdominale suivie ou non d'hystérectomie ;

L'opération césarienne vaginale dont l'Ecole allemande s'est faite actuellement le défenseur.

Ainsi considéré, le traitement chirurgical est à distinguer du traitement obstétrical comprenant :

1° La rupture artificielle des membranes ;

2° L'évacuation rapide, mais non sanglante, du contenu de l'utérus par les voies naturelles.

Il faut d'abord se demander quelle peut être l'importance relative de ces deux thérapeutiques. En d'autres termes, dans quelle mesure le traitement obstétrical est-il efficace et suffisant ? Dans quelle proportion de cas peut-on envisager la nécessité de recourir à une intervention chirurgicale ?

Pour résoudre le problème, nous avons examiné tous les documents qui ont été recueillis dans le service de notre maître M. le Prof^r Pinard, de 1891 à 1911.

Grâce à la bienveillance de notre maître, nous pouvons ainsi juger d'après une *statistique intégrale* portant sur l'exercice de 20 années dans une des grandes maternités de Paris.

Pendant ces 20 années, il y a eu 51 cas de décollement prématuré du placenta normalement inséré. Nous avons éliminé les cas d'hémorragie rétro-placentaire que M. Pinard a dénommés « par refoulement » et qui peuvent s'observer lorsque le placenta est inséré sur le segment inférieur (partie antérieure). Le problème thérapeutique est en pareil cas complexe et pour simplifier la question nous nous sommes bornés à l'étude des cas où le placenta était normalement inséré.

Or, dans 28 cas tout s'est passé spontanément, aucune intervention n'a été nécessaire.

Dans 23 cas seulement, la gravité des accidents a nécessité une intervention.

Voilà donc une première constatation. Dans plus de la moitié des cas, l'hémorragie rétro-placentaire, qui résulte du décollement prématuré du placenta, a été assez limitée pour ne pas nécessiter un traitement spécial. Cliniquement, tout s'est borné à une consistance ligneuse de l'utérus (Pinard), à la mort de l'enfant, à l'évacuation de caillots derrière un placenta qui présentait une cupule pathognomonique. C'est seulement dans moins de la moitié des cas, que l'hémorragie dûe au décollement prématuré du placenta, nécessita une intervention active.

Pour 51 cas formant une statistique intégrale, le décollement prématuré du placenta normalement inséré n'a nécessité aucune intervention dans 54,90 % des cas. L'hémorragie rétro-placentaire n'a pris une importance clinique (accélération du pouls) et n'a menacé la mère que dans 45,10 % des cas.

Quelles ont été les interventions pratiquées à la clini-

que Baudelocque dans les cas où l'hémorragie a nécessité un traitement actif ?

Dans 16 cas : rupture artificielle des membranes sans autre traitement.

Dans 6 cas : évacuation rapide du contenu de l'utérus par des moyens obstétricaux.

Dans 1 cas : opération césarienne suivie d'hystérectomie.

L'examen rapide des résultats obtenus par ces différents moyens thérapeutiques, va nous permettre de nous rendre compte de la valeur exacte du traitement obstétrical contre les accidents liés au décollement prématuré du placenta et de voir dans quelle mesure il peut rester place pour un traitement chirurgical.

A. Cas où le décollement prématuré du placenta normalement inséré a été traité par la rupture artificielle des membranes. — Parmi les traitements de l'hémorragie liée au décollement prématuré du placenta, la rupture artificielle des membranes doit être d'abord étudiée, et placée au premier plan en raison de sa simplicité opératoire et de son efficacité.

Par rupture artificielle des membranes nous n'envisageons que la rupture large du pôle membraneux de l'œuf, telle qu'elle est pratiquée dans le service de M. le Prof^r Pinard.

Dans les 23 cas de la clinique Baudelocque où l'hémorragie a nécessité une intervention active, 16 fois la rupture artificielle des membranes a été le seul traitement appliqué.

Ces cas sont rapportés dans les thèses de Lehmann (1) et de Le Golvan (2). Voici, leur résumé sous forme de tableau.

(1) M. LEHMANN. *Des hémorragies rétroplacentaires*. Th. Paris, 1898-99.

(2) LE GOLVAN. *Contribul. à l'étude des hémorr. rétroplacent.* Th. Paris, 1910.

TABLEAU I

ANNÉE	N° DE L'OB- SÉRVATION	AGE	PARITÉ	COMPLICATION de la grossesse.	TERME de la grossesse.	ACCIDENTS dûs au décollement.	TRAITEMENT	RÉSULTATS		OBSERVATIONS
								Enfant.	Mère.	
1891	238	20	I	Albumine	8 mois.	Forté hémor- ragie.	Rupture artificielle. — Arrêt de l'hémorragie (cool dilaté comme 2 fr.).	Mort.	Vivante.	
1892	1734	32	VIII	Albumine	5 mois.	Hémorragie.	Rupture artificielle des men- branes, à une dilatation comme 2 fr. — Arrêt de l'hémorragie.	Mort.	Vivante.	Grossesse gemel- laire.
1894	989	23	I	Albumine	7 mois.	Hémorragie.	Rupture artificielle à dilata- tion complète. — Arrêt de l'hémorragie.	Mort.	Vivante.	
1898	72	40	V	Albumine	8 mois.	Hémorragie abondante. P. : 424.	Rupture large des membra- nes à une dilatation comme 4 fr. — Arrêt de l'hémor- ragie.	Mort.	Vivante.	
1898	1180	37	VI	Albumine	9 mois.	Hémorragie. P. : 70.	Rupture large des membra- nes à une dilatation comme 2 fr. — Arrêt de l'hémor- ragie.	Mort.	Vivante.	
1899	57	33	I	Albumine	7 mois.	Hémorragie P. : 116.	Rupture artificielle des men- branes à une dilatation comme 5 fr. — Arrêt de l'hémorragie.	Mort.	Vivante.	
1904	540	21	I	Albumine éclampsie	7 mois.	Hémorragie P. : 100.	Rupture artificielle des men- branes à dilatation comme 1 fr. — Arrêt de l'hémor- ragie.	Mort.	Morte.	Femme morte 3 jours après l'ac- couchement. Crises convulsi- ves, coma.

1906	617	35	V	Albumine	8 mois.	Hémorragie.	Rupture large des membranes début du travail. — Arrêt de l'hémorragie.	Mort.	Vivante.
1907	228	35	V	Albumine	8 mois.	Hémorragie P. : 100.	Rupture large à dilatation comme 0 fr. 50. — Arrêt de l'hémorragie.	Mort.	Vivante.
1908	958	42	XI	Albumine	8 mois.	Hémorragie abondante. P. : 132.	Rupture large des membranes à dilatation comme paume de main. — Arrêt de l'hémorragie.	Mort.	Vivante.
1908	1149	29	VI	Albumine	6 mois.	Hémorragie abondante. P. : 132.	Rupture large des membranes à dilatation comme 1 fr. — Arrêt de l'hémorragie.	Mort.	Vivante.
1908	1192	23	II	—	9 mois.	Hémorragie interne.	Rupture large des membranes à dilatation comme 0,50.	Mort.	Vivante.
1908	1425	28	II	—	Fécondée pendant l'allaitement.	Hémorragie P. : 88.	Rupture large à dilatation presque complète. — Arrêt p. : 3270 gr. de l'hémorragie.	Mort	Vivante.
1909	1194	22	II	Albumine	6 mois.	Hémorragie abondante. P. : 110.	Rupture large à dilatation comme 1 fr. — Arrêt de l'hémorragie.	Mort.	Vivante.
1910	620	36	VII	Albumine	9 mois.	Hémorragie abondante. P. : 96.	Rupture artificielle des membranes à dilatation comme 2 fr. — Arrêt de l'hémorragie.	Mort.	Vivante.
1911	125	26	I	Albumine	8 mois.	Hémorragie P. : 112.	Rupture artificielle des membranes à dilatation complète — Arrêt de l'hémorragie.	Mort.	Vivante.

Expulsion de
1600 gr. de caillots
derrière le
placenta.

De l'étude de ce tableau il résulte que dans 23 cas d'intervention active pour hémorragie, 16 fois la rupture large des membranes a suffi à arrêter les accidents. 15 femmes sont sorties vivantes du service. Une seule est morte, trois jours après l'accouchement, après avoir présenté des accidents convulsifs dits éclamptiques, et on ne peut mettre ce cas à la charge de la méthode.

Ces résultats sont comparables à ceux obtenus par M^{me} Henry (1) qui, par la rupture large des membranes, a 22 succès sur 24 cas d'hémorragie par décollement prématuré du placenta normalement inséré.

Voilà qui est donc démontré :

La rupture large des membranes est un traitement très efficace auquel il faut recourir en principe dans tous les cas où l'hémorragie due au décollement prématuré du placenta normalement inséré nécessite une intervention active. Dans plus des 2/3 des cas elle suffit à arrêter l'hémorragie.

Malgré cette efficacité, la rupture artificielle des membranes n'est pas un moyen thérapeutique tout puissant et dans notre statistique intégrale, nous la voyons échouer ou être insuffisante dans 7 cas.

B. — Cas où l'hémorragie par décollement prématuré du placenta normalement inséré a été traitée par l'évacuation rapide du contenu utérin suivant les méthodes obstétricales. — La persistance de l'hémorragie due au décollement prématuré d'un placenta normalement inséré malgré la rup-

(1) De l'hémorragie utérine mixte et abondante pendant la grossesse et l'accouchement, sans insertion vicieuse du placenta. *Ann. Gyn.*, 1891, t. II, p. 357.

ture large des membranes commande une intervention plus radicale

Le poulx s'accéléral malgré la première intervention, il faut sans retard évacuer le contenu de l'utérus. L'indication est formelle et absolue.

Dans la majorité des cas, il suffit alors de recourir à une intervention obstétricale.

A la clinique Baudelocque, la rupture large des membranes ayant échoué ou ayant été jugée d'emblée insuffisante pour arrêter l'hémorragie, on a eu recours :

Une fois à l'application de forceps, la dilatation de l'orifice étant complète au moment de l'intervention ;

Une fois à la dilatation rapide manuelle du col suivie d'extraction du fœtus ;

Deux fois à la dilatation rapide du col à l'aide du ballon suivi d'extraction du fœtus ;

Deux fois à l'extraction d'emblée du fœtus mort à travers un orifice utérin incomplètement ouvert.

Voici le résumé de ces observations sous forme de tableau :

TABLEAU II

ANNÉE	N° DE L'OB- SERVATION	ÂGE	PARITÉ	COMPLICATION de la grossesse.	TERME de la grossesse.	ACCIDENTS dûs au d décollement.	TRAITEMENT	RÉSULTATS		OBSERVATIONS
								Mère.	Enfant.	
1893	1306	25	I	Albumi- nurie.	7 mois.	Hémorragie; P. : 86.	Ballon de Champetier 450 gr. — Arrête l'hémorragie ex- terne qui récidive à chaque manœuvre. — Rupture des membranes à dilatation complète. Version (Varnier).	Vivante.	Mort.	
1894	410	37	V	Albumine.	7 mois.	Hémorragie; P. : 112.	Ballon de Champetier 300 gr. — Rupture des membranes à dilatation complète. Version (Wallich).	Vivante.	Mort.	
1898	33	40	IV	Hydran- nios.	7 mois.	Hémorragie; P. : 88.	Rupture artificielle des mem- branes ; continuation de l'hémorragie ; dilatation manuelle de l'orifice, jus- qu'à dilatation de 5 fr.; extraction du siège difficile.	Morte.	Mort.	Femme morte 1 heure après l'accouchement.
1898	71	26	I	—	9 mois.	Hémorragie; P. : 120.	Dilatat. manuelle du col facile jusqu'à paume de main Craniotomie (M. Pinard).	Vivante.	Mort.	
1900	1919	22	I	Albumi- nurie.	9 mois.	Hémorragie; P. : 90.	Rupture artificielle des mem- branes à dilatation comme 0,50. — Reproduction d'hé- morragie à dilatation com- plète. — Forceps.	Vivante.	Mort.	
1911	761	43	XI	—	9 mois.	Hémorragie; P. : 116.	Basiotripsie à une dilatation comme 5 fr. (Lacasse).	Vivante.	Mort.	

Ce tableau montre que pour 6 cas où l'hémorragie a été traitée par l'évacuation rapide de l'utérus suivant les méthodes obstétricales courantes, 5 femmes ont guéri, une seule est morte (accouchement forcé, rupture de l'utérus).

C. — Cas où l'hémorragie par décollement prématuré du placenta normalement inséré a été traité par l'intervention chirurgicale. — Dans un cas de la clinique Baudelocque où l'hémorragie continuait malgré la rupture large des membranes, le col étant au début de la période d'effacement chez une primipare dont l'état général s'aggravait rapidement, M. Couvelaire recourt d'emblée à l'opération césarienne abdominale suivie d'hystérectomie : la femme guérit.

Voici cette observation (1).

Opération de Porro pour hémorragie rétro-placentaire grave chez une primipare albuminurique et azotémique (COUVELAIRE).

Le 14 décembre 1910, j'étais appelé à la clinique Baudelocque par les chefs de clinique, MM. Lacasse et Pottet, auprès d'une femme albuminurique qui présentait des symptômes d'une hémorragie rétro-placentaire et dont l'état allait en s'aggravant.

Cette femme, enceinte pour la première fois, est âgée de 26 ans. Elle a été réglée à 18 ans irrégulièrement. Dans ses antécédents pathologiques on ne relève qu'une scarlatine à l'âge de 13 ans.

Les dernières règles dataient du 8 au 16 avril 1910. Dès le début de la grossesse elle avait présenté des céphalées et des vomissements. Vers le 3^e mois ces symptômes avaient disparu. A aucun moment elle ne fut examinée.

(1) Observation communiquée à la Société obstétricale de France le 5 octobre 1911, et publiée in *Annales de Gyn. et d'Obst.*, octob. 1911, avec 3 figures.

Elle est venue à la clinique parce qu'elle ressentait des douleurs dans le ventre.

Son faciès est pâle, toutes les muqueuses sont décolorées. Léger œdème des membres inférieurs. Céphalée. Troubles de la vision (sensation de brouillard devant les yeux).

Le pouls est à 90, tendu, régulier.

Le fond de l'utérus remonte à 27 centimètres au dessus du pubis. Les parois utérines ont une consistance dure et telle que les contractions la modifient peu. Cependant on peut percevoir encore une petite extrémité céphalique s'engageant dans le bassin.

L'auscultation fœtale est négative.

Suintement sanguin par le col incomplètement effacé.

L'urine contient une quantité considérable d'albumine : additionnée d'acide acétique, elle se prend en masse par la chaleur.

A 4 h., le pouls s'accélère un peu, il est à 100. Quelques contractions très espacées.

A 4 h. 45, pouls à 120. Rupture artificielle des membranes à travers un orifice utérin laissant à peine passer la pulpe de l'index. Il s'écoule du liquide amniotique teinté de sang.

A 5 h., la pâleur et la faiblesse s'accroissent ; on pratique une injection sous-cutanée de 300 gr. de sérum salé à 7 ‰.

A 5 h. 30, pouls à 120, mais fond de l'utérus s'élevant à 28 cent. 1/2.

A 6 h., pouls variant de 120 à 140. On fait une nouvelle injection de 500 gr. de sérum.

A 7 h., pouls à 130. *Hauteur de l'utérus* 32 centimètres. La femme s'agite de plus en plus. Les extrémités ont de la tendance à se refroidir. On me prévient immédiatement.

A 8 h., injection sous-cutanée de 1 cc. de caféine et 2 cc. d'huile camphrée.

A mon arrivée, je constate la gravité de l'état général. La femme est en état de shock hémorragique, l'utérus est hypertendu. La dilatation est à peine commençante. Le segment inférieur et le col ont la même dureté ligneuse que le corps utérin.

Dans ces conditions, je décide d'évacuer, séance tenante, l'utérus par voie abdominale.

Opération de Porro. — A 8 h. 23, début de l'anesthésie chloroformique. Nettoyage de la paroi abdominale à la teinture d'iode.

A 8. h. 33, laparotomie en position légèrement déclive avec l'assistance de MM. Lacasse et Pottet.

Incision sus et sous-ombilicale, dépassant en haut l'ombilic de 3 cent. Extériorisation de l'utérus. La face péritonéale de cet organe apparaît noirâtre, avec par places des zones plus foncées. Les annexes, des deux côtés, présentent un piqueté hémorragique très accentué. Elles sont volumineuses. Les ligaments larges sont infiltrés de sang dans leur totalité. Ouverture de l'utérus : il s'en échappe une grande quantité de caillots sanguins et de sang liquide.

Extraction d'un fœtus mort, du sexe féminin. Le placenta est trouvé décollé. Extraction du placenta et des membranes.

En raison de l'état de la paroi utérine infiltrée de sang apoplectique, je décide de pratiquer l'amputation utéro-ovarique à la manière de Porro.

Pose d'un lien de caoutchouc, passant au-dessous des annexes. Pose du serre-nœud sur lequel on place un fil de soie de sûreté. Une broche transfixe l'utérus au-dessus du lien. Les pédicules utéro-ovariens et utérins sont liés de chaque côté par un fil de soie n° 3 qui les prend en masse au-dessus du lien élastique.

L'utérus et les annexes sont enlevés au bistouri.

Drain n° 40 dans le Douglas, en arrière du moignon.

Suture de la paroi abdominale en un plan à la soie n° 3.

8 h. 46 du soir. Pose du dernier point de suture (anesthésie de 23 minutes avec 40 gr. de chloroforme). Durée de l'intervention, 43 minutes. Pendant l'intervention la femme reçoit 600 gr. de sérum, son pouls est à 120.

On a extrait de l'utérus, 450 gr. de caillots sanguins.

Le placenta pèse 300 gr. Il présente sur sa face utérine, elle-même très farcie de noyaux hémorragiques, une cupule très nette. Le fœtus pèse 1,600 gr. et mesure 45 cent.

Suites opératoires. — 15 décembre. — La malade n'urine pas et ne rend pas de gaz. Douleur épigastrique, obnubilation. Pas de troubles oculaires ni d'altérations du rythme respiratoire. Léger œdème pré-tibial.

Ventouses scarifiées dans la région lombaire. Le sang recueilli est examiné par le Dr Cazeaux, chef du laboratoire, en suivant la technique du Prof^r Vidal. Urée : 2 gr. 23 par litre. Chlore total : 5 gr. 73.

16 décembre. — Pansement. Aspiration qui ramène 2 cuillerées à café de sang rouge.

1 h. soir. P. : 408 (très tendu). Tension artérielle (Pachon) : 20. 240 gr. d'urines claires. Albumine : 0 gr. 50.

6 h. soir. Nausées, malaise général, douleur épigastrique, obnubilation, pas de troubles visuels.

17 décembre. — La malade de 3 h. du matin à 11 h. matin urine seule 500 gr. Dans la nuit, suintement rose abondant, qui traverse entièrement le pansement.

On pratique au niveau du pli du coude une saignée de 40 gr. pour examen du sang. Urée : 4 gr. 97.

Immédiatement après, T. A. : 20. P. : 146.

Ventouses sèches sur la région pulmonaire. L'état général reste le même : Obnubilation, état nauséux, la douleur épigastrique diminue, mais la femme se plaint de vives douleurs abdominales. Urines : 2000 gr. Albumine : 0 gr. 40.

Examen des yeux. — (Dr Landrieux). Des deux côtés, lésions exsudatives (quelques stries à droite et quelques ponctuations à gauche) que l'on peut attribuer à l'albuminurie actuelle.

11 h. soir. Vomissements porracés.

18 décembre. — Purgation : Eau-de-vie allemande (30 gr.) que la malade vomit. P. : 108. Même état général. Nausées, hoquet.

T. A. : 19. Urines claires : 2000 gr. Albumine : 0 gr. 25.

6 h. soir. Malaise général. Vomissements. Céphalée. P. : 120. Lavement de vin. Résultat nul.

19 décembre. — P. : 112. T. A. : 19.5. Urines : 2250 gr. 0 gr. 25 d'albumine. Lavement purgatif. Dans l'après-midi, on obtient quelques matières fécales dures. Etat général meilleur. La femme est mieux éveillée. Plus de réaction péritonéale.

Pansement. Aspiration : 2 cuillerées à café de liquide sanguinolent sans odeur. Nuit assez bonne. Bon repos sans morphine.

20 décembre. — P. : 120. T. A. : 19.5. Urines : 2500 gr. claires.

Analyse d'urine. — Densité : 1010.

Urée : 9 gr. 50 par litre.

Chlorures : 4 gr. 30, en NaCl.

Phosphates : 2 gr. 40, en $P^2 O^5$.

Pas de sucres réducteurs. Albumine : 0 gr. 50 par litre.

Sédiment constitué par des urates alcalins. Quelques leucocytes polynucléaires, peu nombreux.

20 décembre. — Etat général meilleur ; la malade est plus éveillée, elle ne se plaint plus que de douleurs abdominales, survenant par crises assez espacées.

Pansement. Ablation du drain. Mèche iodoformée.

Lavement. Dans l'après-midi on obtient quelques matières fécales dures. Vomissements.

21 décembre. — P. : 120. T. A. : 20. 2300 gr. d'urines claires. Albumine : 0.

La malade est de nouveau complètement obnubilée. Douleurs abdominales. Léger météorisme. Nausées. Vomissements. 3 ventouses scarifiées sur la région lombaire. Pansement.

22 décembre. — Purgation. Pas de selles vers midi. Quelques gaz rendus par sonde rectale. Dissociation du P. et de la T. Pouls rapide moins bien frappé que les jours précédents. Faciès grippé. La malade ne garde depuis la veille aucune boisson. Pas de vomissements portacés.

Localement, en faisant le pansement, on constate que le moignon sphacélé tend à s'enfoncer dans la plaie (la broche qui le retenait ayant coupé les tissus du moignon et n'étant plus retenue que par un pont insignifiant, a été enlevée la veille).

Pas d'écoulement purulent au niveau de l'ancien orifice du drain.

Ventre ballonné dans toute son étendue. Estomac distendu. On voit les anses intestinales qui se dessinent sous la peau, avec quelques mouvements péristaltiques (Le colon surtout est distendu et sonore à la percussion). Un peu d'œdème de la paroi dans la région de la fosse iliaque droite. Pas d'empâtement profond de cette région ; mais on constate une sensibilité marquée, à la pression dans la fosse iliaque droite, et une douleur exquise dans la région lombaire droite. Défense musculaire à droite. Ventre souple à gauche,

4 h. 30 soir. L'intestin n'a pas encore fonctionné. Pouls moins bon que le matin. Hoquet, vomissements porracés. M. Couvelaire fait les mêmes constatations locales (Le ballonnement a augmenté depuis le matin), et décide de pratiquer un *anus iliaque cœcal* et d'explorer en même temps si possible, la fosse iliaque droite.

Chloroforme (M. Casalis). 25 gr.

Incision de 8 cent.

Exploration de la fosse iliaque. Issue d'un liquide citrin, venant de la grande cavité péritonéale. Anses intestinales de coloration normale. Anus iliaque cœcal en 1 temps. Gaz et quelques matières fécales liquides s'échappent en abondance (Suture soie et crins). Injection sous-cutanée de 4 cc. d'huile camphrée.

23 décembre. — P. : 116. Plus de hoquet, ni de vomissements. Etat général très amélioré.

T. A. : 48.5. Urines : 4 litre. Traces d'albumine.

La malade a bien reposé dans la nuit. Morphine, 1/2 piqûre.

24 décembre. — P. : 100. T. A. : 48.

Urines : 2250 gr. Traces d'albumine.

Etat général meilleur. Plus de symptômes abdominaux, ni de vomissements.

Lavement de vin. Selles abondantes par le rectum, gaz par l'an^{us} iliaque.

25 décembre. — P. : 96. T. A. : 48.

Urines : 2000 gr. Albumine : 0. Lavement de vin. Même effet que la veille.

26 décembre. — P. : 100. T. A. : 47. Id.

27. — P. : 100. T. A. : 46.5. Urines entre 2500 et 3000.

28. — P. : 100. T. A. : 48. La malade a commencé à manger.

(Purées, potages). Tous les matins, un lavement ramenant selles par le rectum et gaz par l'an^{us} iliaque ainsi que quelques matières le 28.

29. — P. : 100. T. A. : 46. Urines : 3,000. Pas d'albumine.

30. — P. : 104. T. A. : 48. Urines : 3,000. Pas d'albumine.

Examen des yeux (Dr Landrieux) O. D. G. Pas d'exsudats ni d'hémorragie, la pupille et la macula sont normales, les milieux tout à

fait clairs. La malade dit que son acuité visuelle est redevenue semblable à ce qu'elle était avant la maladie, mais qu'elle a toujours eu quelques difficultés à voir finement. En résumé, aucune lésion que l'on puisse attribuer à l'azotémie récente.

31 décembre. — P. : 100. T. A. : 78.5. Céphalée. Urines : 2,800. Albumine : 0.

Prise de 40 cc. de sang. Dosage de l'urée : 0 gr. 60 par litre.

1^{er} janvier. — P. : 100. T. A. : 47.5. Urines : 2,400. id.

2. — P. : 108. T. A. : 46.5. Urines : 2,500, Albumine : 0.

3. — P. : 100. T. A. : 45. Urines : ? Albumine : 0.

4. — P. : 100. T. A. : 45. Urines : 2,000. Albumine : 0.

5. — P. : 96. T. A. : 47. Urines : ? Traces légères d'albumine.

6. — A partir de cette date le pouls varie entre 90 et 100. La tension artérielle entre 16.5 et 15. La quantité d'urine entre 1,500 et 2 500.

Une fistulette persiste dans la fosse iliaque.

A la fin de février je pratique sous chloroforme la cure de cette fistule. Isolement et oblitération de l'orifice intestinal par éversion en dedans. Sutures au catgut. Suture pariétale en 1 plan au crin de Florence.

1^{er} avril. — *Examen des yeux par le Dr Morax.* — Pupilles égales. Réactions normales à la lumière et à la convergence.

Milieux : normaux.

Pas de lésions manifestes du fond de l'œil : ni hémorragies, ni exsudats, ni pigmentation.

Il ne reste qu'un très léger flou du contour papillaire.

Acuité visuelle sensiblement normale.

O. D. : 0.75 D. V. : 5/75.

O. G. : 0.75 D. V. : 5/75.

Champ visuel normal.

Examen des pièces.

L'utérus est dans sa totalité irrégulièrement infiltré de sang. La surface de section césarienne qui ne portait pas sur la zone d'insertion placentaire est tachetée de placards noirâtres. La surface extérieure de l'utérus, face antérieure et face postérieure, présente

également d'irrégulières taches noirâtres correspondant à des infiltrations sanguines sous-péritonéales.

Les ligaments larges, la base des ligaments larges sont également infiltrés de sang. Les trompes sont légèrement ecchymotiques mais moins que les ovaires dont la surface blanche est criblée d'hémorragies ponctiformes.

Des coupes histologiques de la paroi utérine ont été pratiquées sur la région membraneuse, sur la région d'insertion placentaire occupée par une nappe sanguine coagulée. Des coupes ont été également pratiquées sur les foyers blancs du placenta.

A. — *Paroi utérine en dehors de la zone d'insertion placentaire*

L'étude d'une coupe totale de la paroi utérine en dehors de l'insertion du placenta montre les faits suivants :

I) *Couche spongieuse*. — La couche glandulaire se présente sous le même aspect que dans un utérus post partum sain. Elle se compose de 4 à 5 couches glandulaires formées de tubuli dilatés et allongés parallèlement à la surface interne de l'utérus. L'épithélium de revêtement de ces cavités dilatées n'offre aucun signe de dégénérescence, aucune lésion : d'autre part, la lumière canaliculaire, très largement béante, est vide, ne contenant aucun détritüs cellulaire ; on n'y observe pas d'infiltration sanguine dans les espaces interglandulaires, les cellules déciduales n'offrent pas de modifications non plus que les vaisseaux qui serpentent dans cette partie de la muqueuse.

II) *Myometrium*. — Le muscle utérin, en dehors de l'insertion placentaire, est le siège d'un épanchement sanguin, remarquable par l'étendue qu'il occupe à la fois dans le sens de l'épaisseur du myometrium et dans le sens de la hauteur. L'extravasation sanguine occupe presque toutes les couches du muscle utérin, s'étendant des couches musculaires internes aux couches les plus périphériques. Cet épanchement clive d'une façon remarquable le myometrium en feuillets et dissocie même les feuillets en fascicules composés de quelques fibres-cellules. Ça et là, les fibres-cellules s'égrènent dans l'épanchement sanguin.

Cette inondation sanguine est surtout prononcée au centre du

myometrium ; elle est plus restreinte au niveau des faces interne et externe du muscle, sauf au niveau des placards hémorragiques superficiels.

Les vaisseaux qui irriguent le myometrium sont larges, à la lumière béante, gorgés de sang ; mais leur structure reste normale. L'endothélium qui les revêt est intact et leurs couches musculaires sont bien conservées.

En résumé, la paroi utérine étudiée en dehors de la zone placentaire est clivée, dissociée même par une infiltration sanguine qui respecte la muqueuse et qu'on ne peut rattacher à une lésion histologique des vaisseaux sanguins.

B. Paroi utérine au niveau de la zone placentaire.

Le processus hémorragique que nous avons décrit au niveau de la zone placentaire est plus accentué encore au niveau de la paroi utérine où se greffe le placenta. En cette zone placentaire, toutes les couches de l'utérus sont infiltrées de sang : les faisceaux de myometrium, plus ou moins finement dissociés, sont parsemés au milieu de lacs sanguins et cette effusion sanguine est d'autant plus marquée qu'on approche de la surface interne de la muqueuse. Cette muqueuse en effet n'est plus reconnaissable, elle n'est constituée que par de gros amas hémorragiques comblant les cavités glandulaires très dilatées. On devine mal d'ailleurs le revêtement de ces glandes. Au milieu de cette suffusion considérable, on retrouve des traînées de cellules déciduales.

C. Placenta.

Le placenta est farci de foyers d'infarctus blanc. A leur niveau Les *villosités fœtales* par leur aspect paraissent pâles. En ces points les villosités se colorent peu ou très mal par les divers réactifs. Leur syncytium apparaît comme une bande homogène, dans laquelle l'hématéine ne décèle plus de chromatine : un simple vernis rougeâtre marque la limite de la villosité dont l'axe conjonctif, lui aussi peu colorable, semble presque totalement dépourvu d'éléments

nucléés. A noter toutefois que les noyaux conjonctifs se colorent mieux, c'est-à-dire, résistent plus longtemps que le plasmode à la nécrose, que la couche plasmodiale ecto-placentaire.

Les vaisseaux fœtaux ne présentent rien de particulier autant que l'on peut en juger par leur peu de colorabilité.

Au faible grossissement on est frappé de l'aspect différent de la zone d'infarctus et des zones restées intactes, tant à cause des différences de colorabilité des tissus réunis et des tissus en voie de dégénérescence, qu'en raison de la confluence, du tassement des villosités en nécrose. Ces dernières, en effet, sont très rapprochées les unes des autres ; les lacs maternels sont excessivement réduits.

RÉSUMÉ

En somme, si nous voulons résumer les résultats observés dans 51 cas de décollement prématuré du placenta normalement inséré, dans le service de M. le Prof^r Pinard, et formant une statistique intégrale, nous voyons que :

28 fois, le décollement prématuré du placenta n'a nécessité aucun traitement spécial, toutes les femmes sont sorties vivantes du service.

15 fois la rupture large des membranes a été le traitement simple qui a suffi à arrêter l'hémorragie. 14 femmes ont guéri. Une est morte d'accidents convulsifs dits éclamptiques.

6 fois il a fallu recourir à l'évacuation rapide du contenu utérin : 5 femmes ont guéri, une est morte.

Une fois on a pratiqué l'opération césarienne, la femme a guéri.

Au total, 2 femmes sont mortes, mais on ne peut mettre à la charge de l'hémorragie rétroplacentaire le cas où la femme est morte d'accidents convulsifs, 3 jours après l'accouchement.

Donc, ce dernier cas mis à part, on peut en toute conscience affirmer que sur 50 cas, la conduite tenue a eu pour résultat que 49 fois la femme est sortie vivante du service, une seule fois la femme a succombé.

Pour arriver à ce résultat il n'a été nécessaire qu'une fois de recourir au traitement chirurgical.

Conclusion. — *Le traitement chirurgical n'est indiqué que très exceptionnellement dans le décollement prématuré du placenta normalement inséré.*

CHAPITRE III

Des indications générales du traitement chirurgical

Le danger du décollement prématuré du placenta normalement inséré c'est l'hémorragie.

Etant entendu que la mort de l'enfant est la conséquence habituelle de cette hémorragie dès qu'elle prend quelque importance (48 enfants morts sur 51 cas de la statistique intégrale de la clinique Baudelocque), c'est uniquement pour sauvegarder la vie de la mère que l'on doit s'attacher à arrêter l'hémorragie menaçante.

Deux traitements sont en présence que nous appellerons schématiquement traitement obstétrical et traitement chirurgical.

Le traitement chirurgical comporte l'incision large de l'utérus suivant la technique actuellement bien réglée de l'opération césarienne (abdominale ou vaginale) suivie ou non de l'hystérectomie. Il s'agit là d'interventions sérieuses qui comportent des risques par elles-mêmes et qui ne doivent être pratiquées que sur des indications précises.

En principe, chaque fois que cela est possible, il faut préférer le traitement obstétrical le plus souvent efficace.

C'est seulement dans les cas où les méthodes obstétricales sont exposées à la faillite qu'il faut leur préférer le traitement chirurgical.

Dans quelles conditions les méthodes obstétricales sont-elles insuffisantes. Examiner la question en détail, c'est en même temps déterminer le champ du traitement chirurgical.

Dans un petit nombre de cas heureux, l'orifice utérin est complètement dilaté au moment où l'hémorragie nécessite l'évacuation rapide de l'utérus. Aucun doute n'est alors possible. L'extraction du fœtus par les voies naturelles, est la méthode de choix. C'est ainsi que nous voyons dans une de nos observations une simple application de forceps suffire à extraire rapidement le fœtus et à arrêter l'hémorragie (Obs. 5, tableau II).

Malheureusement, l'hémorragie due au décollement prématuré du placenta normalement inséré survient en général pendant la gestation ou au début du travail ; l'orifice utérin est fermé, ou peu dilaté. Au moment où il faut intervenir, la dilatation des bords de l'orifice est insuffisante pour permettre un accès facile dans la cavité utérine et l'évacuation de l'utérus nécessite la mise en action de méthodes opératoires autrement compliquées et longues qu'une simple application de forceps ou une extraction du siège.

C'est alors qu'il faut recourir, comme temps préparatoire, à la dilatation rapide du col.

Tous les procédés ont été employés.

Nous n'étudierons en détail que les principaux :

- 1° La dilatation à l'aide d'instruments métalliques ,
- 2° Les incisions du col ;
- 3° La dilatation manuelle du col ;
- 4° L'emploi des ballons ;
- 5° La dilatation de l'orifice à l'aide du fœtus mort.

1^o Rappelons d'abord qu'on a essayé d'ouvrir le col à l'aide de dilatateurs métalliques de Tarnier et de Bossi pour extraire rapidement le fœtus dans des cas où une hémorragie liée au décollement prématuré du placenta normalement inséré menaçait la vie de la femme.

Dans 2 cas, Jolly (1) se servant du dilatateur de Bossi, produit des déchirures profondes des parties molles. Ballantyne (2), après l'usage du même instrument, voit mourir une femme de grande hémorragie.

A la maternité de Copenhague, Hauch (3) relève un cas de mort après emploi de la méthode de Bossi.

De même, Hermann Lavonius (4), rapporte l'observation d'une rupture étendue de l'utérus avec grosse hémorragie sous-péritonéale et mort de la femme.

Pulvirenti (5), dans un cas d'hémorragie rétro-placentaire, applique le dilatateur de Tarnier, l'hémorragie continue pendant la manœuvre de l'instrument et la femme meurt 2 heures après l'extraction du fœtus.

Sans vouloir discuter dans quelle proportion ces résultats désastreux sont imputables à la méthode employée et à l'état des femmes au moment de l'intervention, nous concluons que :

La dilatation rapide de l'orifice utérin à l'aide d'ins-

(1) JOLLY. In Herzfeld. Zür vorzeitige Ablösung der normal sitzenden Placenta. *Arch. f. Gyn.* Bd 82, p. 364, 1907.

(2) BALLANTYNE. *Id.*

(3) HAUCH. De l'accouchement méthodiquement rapide. *L'Obstétrique*, nov. 1910, p. 910.

(4) HERMANN LAVONIUS. *Über die vorz. Lösung der norm. sitz Placenta arbeiten aus der gebursth (gynäk. Universitätsklinik in Helsingfors)*, obs. 9, p. 111 et 112.

(5) PULVIRENTI. Sul distacco precoce di placenta normalmente inserta. *La Gynecologia*. Firenze, anno V, fasc. 4, 1908.

truments métalliques est particulièrement inefficace et dangereuse dans les cas d'hémorragie liée au décollement prématuré du placenta normalement inséré ; il faut la rejeter.

2° De la dilatation forcée du col à l'aide d'instruments métalliques, nous rapprocherons **les incisions du col** qui ont été pratiquées dans le but d'ouvrir largement l'utérus et d'évacuer d'urgence son contenu pour pallier aux dangers d'une hémorragie menaçante par décollement prématuré du placenta.

Nous avons recueilli dans la littérature 4 cas où cette méthode a été employée.

Déjà Loir (1) y recourt en 1844 ; la femme meurt.

En 1906, dans le service de M. le Prof^r Fabre (2), M. Gonnet pratique des incisions multiples du col qui restent insuffisantes, et font recourir immédiatement à la césarienne vaginale.

En 1907, Lobenstine (3) fait des incisions du col suivant la méthode de Dührsenn, la malade meurt.

En 1909, Musatow (4) pratique des incisions latérales du col et extrait l'enfant par version ; la femme meurt une heure après.

Nous ne pouvons que répéter après M. le Prof^r Pinard (5) : « *les incisions au niveau du col, préconisées par Dührsenn, sont insuffisantes ou dangereuses* ».

(1) *Revue médicale*, 1844 (in MAURAN, thèse Paris, 1908.

(2) In Gaston, thèse Lyon, 1906. *Du décollement prématuré du placenta normalement inséré.*

(3) R. W. LOBENSTINE and HARRAR. *Bull. of the Lynig in Hosp. of the City of New-York*, sept. 1907, N° 2, vol. 4, p. 53.

(4) MUSATOW. *Centralb. f. Gyn.*, N° 42, p. 1486, 1909.

(5) PINARD. *Loc. cit.*

3° Dilatation manuelle du col. — Dans un cas de notre statistique, l'état des bords de l'orifice utérin étant favorable, M. Pinard a pratiqué avec succès la dilatation manuelle, suivie de craniotomie et d'extraction de l'enfant (obs. 4, tableau II).

Retenons seulement de cette observation reproduite intégralement dans la thèse de Lehmann, que les bords de l'orifice étaient « très amincis, très souples, dilatés comme 1 franc, et facilement dilatables. La dilatation à l'aide des doigts fut portée très facilement à une petite paume de main ».

Mais les résultats ne sont pas toujours aussi heureux.

Dans un cas, M. Devraigne (1) fait la dilatation bimanuelle du col, puis l'extraction, la femme meurt d'hémorragie.

Weatherly (2) fait la dilatation manuelle du col, suivie d'une version, la femme meurt quelques heures après l'extraction.

Dans un cas de la clinique Baudelocque (ob. 33, 1898), la dilatation manuelle amène péniblement l'ouverture de l'orifice égale à une pièce de 5 fr. ; l'extraction très pénible du fœtus à travers cette voie insuffisante est suivie de mort de la femme ; l'évacuation de l'utérus n'ayant pu arriver assez à temps pour arrêter l'hémorragie grave.

La dilatation rapide du col suivie de l'extraction immédiate du fœtus donne donc des résultats très différents suivant les cas.

(1) DEVRAIGNE. *Valeur du dosage de l'hémoglobine dans la pratique des accouchements*. Th. Paris, 1906. Ob. XLI, p. 98.

(2) WEATHERLY. *British med. Jour.*, 1878, II, p. 284.

Les caractères de l'orifice utérin au moment de l'intervention expliquent ces différences : dans les cas où les bords de l'orifice étaient souples et dilatables, la dilatation manuelle a pu donner de bons résultats. Au contraire, dans les cas où les bords de l'orifice étaient résistants, la dilatation manuelle s'est montrée inefficace et dangereuse.

La dilatation manuelle du col, temps préparatoire de l'évacuation rapide de l'utérus, peut trouver des indications dans l'hémorragie liée au décollement prématuré du placenta, lorsque les bords de l'orifice utérin sont facilement et complètement dilatables et que l'hémorragie n'est pas immédiatement menaçante. Dans les conditions inverses, d'hémorragie immédiatement grave et de résistance du col, la dilatation manuelle est un procédé insuffisant et dangereux.

4° De l'emploi des ballons incompressibles Champetier de Ribes dans le traitement de l'hémorragie par décollement prématuré du placenta normalement inséré. Dans 2 cas de la clinique Baudelocque, en 1893 et en 1894, MM. Varnier et Wallich ont placé dans l'utérus un ballon Champetier de Ribes pour combattre une hémorragie due à un décollement prématuré du placenta et hâter l'évacuation de l'utérus.

Voulant nous rendre compte plus exactement de l'efficacité des ballons dans les cas de ce genre, nous avons entrepris des recherches bibliographiques.

Nous avons pu ainsi recueillir un ensemble de 48 cas dont nous donnons le résumé sous forme de tableau :

TABLEAU III

N ^o D'ORDRE	INDICATIONS bibliographiques.	PARITÉ	TERME de la grossesse.	COMPLICATIONS du travail indiquant le ballon.	TECHNIQUE du ballon.	RÉSULTAT immédiat du ballon.	ACCOUCHEMENT	RÉSULTAT		OBSERVATIONS
								Mère.	Enfant.	
1	PINARD. Registre d'observations, 1893, n ^o 1306.	I	7 mois.	Hémorragie.	Ballon de Champetier 500 gr. manœuvré.	Arrêt de l'hémorragie qui récidive à chaque manœuvre.	Version.	Guérison.	Mort 830 gr.	
2	PINARD. <i>Fonctionnement de la Clinique Baudelocque</i> , 1894, p. 52.	V	7 mois.	Hémorragie; P. : 112.	Ballon de Champetier 300 gr.	Arrêt de l'hémorragie.	Version.	Guérison.	Mort 1200 gr.	
3	CHAMPETIER DE RIBES <i>Fonctionnement de la Maternité de l'Hôtel-Dieu</i> , 1899, obs. 751, p. 71.	I	6 mois.	Hémorragie persistante malgré la rupture spontanée des membranes.	Ballon de 32 ^e de circonférence rempli.	Arrêt de l'hémorragie.	Epaule; évolution spontanée.	Guérison.	Mort	
4	RÜHL. <i>Centralbl. f. Gyn.</i> , 1901, n ^o 47, p. 1283.	III	—	Hémorragie abondante.	Ballon.	Continuation de l'hémorragie. Pas de dilatation de l'orifice. Aggravation rapide de l'état.	Opération césarienne vaginale.	Guérison.	Mort	Grande quantité de sang dans l'utérus au moment de la section césarienne.
5	STEFFENS. Thèse de Strasbourg, 1904, obs. 8, p. 75.	I	A terme.	Hémorragie.	Placement successif de 2 ballons.	Arrêt de l'hémorragie qui récidive après l'expulsion du ballon à une dilatation comme une paume de main.	Incision du col et craniotomie.	Guérison.	Mort	

6	NICHOLSON. <i>Univers. Pennsylvania med. Bull.</i> , 1906 vol. 47, n° 7, p. 768.	—	8 mois.	Hémorragie grave.	Ballon à demeure.	Arrêt de l'hémorragie.	Dysocie par excès de volume de l'abdomen du fœtus, 2 tentatives de version, forceps, craniotomie.	Mort après la délivrance.	Mort
7	BAR. <i>Bull. Soc. obst. Paris</i> , 45 mars 1906, p. 148.	VI	7 mois.	Hémorragie abondante Anémie suraiguë.	Ballon Chamber, 300 gr.	Col non dilaté.	Césarienne abdominale.	Morte.	Mort
8	FABRE. In thèse GASTON. Lyon, 1906.	—	6 m. 1/2	Hémorragie; P. : 76.	Ballon.	Continuation de l'hémorragie. Col ne se dilate pas.	Incisions multiples puis césarienne vaginale.	Guérison.	Mort
9	BALIK. <i>Centralb. f. Gynäk.</i> , 1907, obs. n° 42, p. 1292.	XV	—	Hémorragie grave. P. : 136 I. : 38°2.	Tamponnement vaginal. Rupture artificielle des membranes, puis ballou de Chamber.	Arrêt de l'hémorragie.	Craniotomie.	Guérison.	Mort Hémorragie après la délivrance. Tamponnement.
10	GERMANN. Thèse Léna, 1907, obs. 2, p. 6.	IV	—	Hémorragie abondante.	Ballon à demeure.	Diminution, puis arrêt de l'hémorragie.	—	Guérison.	Vivant 4770 gr.
11	GERMANN. Thèse Léna, 1907, obs. 3, p. 7.	VI	8 mois.	Hémorragie.	2 tampons vaginaux inefficaces, puis ballon de Barnes Fehling 400 gr.	Arrêt de l'hémorragie.	Spontané. Siège.	Guérison.	Mort 2620 gr.
12	GERMANN. Thèse Léna, 1907, obs. 4, p. 9.	II	—	Hémorragie 650 gr. de caillots recueillis.	Placement petit ballon, puis d'un ballon de Barnes Fehling 400 gr.	Arrêt de l'hémorragie.	Spontané.	Guérison.	Vivant 3180 gr.

TABLEAU III (Suite)

N ^o d'ORDRE	INDICATIONS bibliographiques.	PARITÉ	TERME de la grossesse.	COMPLICATIONS du travail indiquant le ballon.	TECHNIQUE du ballon.	RÉSULTAT immédiat du ballon.	ACCOU- CHEMENT	RÉSULTAT		OBSERVATIONS
								Mère.	Enfant.	
13	GERMANN. Thèse Iéna, 1907, obs. 8, p. 11.	X	—	Hémorragies à répétition.	Rupture arti- ficielle des membranes pour redoubler d'hémorra- gie. Ballon 500 gr.	Arrêt de l'hé- morrhagie.	Version, délivrance artificielle pour hémor- ragie.	Guérison.	Vivant 3700 gr.	Hémorragie répétée pendant la grossesse.
14	PULVIRENTI. 1908. <i>La Gynecologia</i> , Firenze. Ann. V, fasc. 4.	I	7 mois.	Hémorrhagie grave.	Introduction forcée d'un bal- lon de Barnes.	Résultat nul par : « rigidité du col ».	Laparotomie et hysté- rectomie.	Morte 30 min. après l'interven- tion.	Mort.	
15	MUSSATOW. <i>Cen- tralbl. f. Gynäk.</i> , 1909, n ^o 42, p. 1486	VIII	9 mois.	Hémorrhagie.	Ballon à une dilatation de comme 2 fr.	Continuation de l'hémorra- gie.	Basiotripsie. Incision du col. Version	Morte.	Mort.	
16	POROCCI (inédit). 1909, obs. 563.	XI	7 mois.	Hémorrhagie abondante persistante malgré l'rup- ture des mem- branes.	Ballon de Champetier 400 gr.	Arrêt de l'hé- morrhagie.	Embryotomie	Guérison.	Mort.	
17	DAVIES COLLEY. <i>Brit- ish medic. Jour- nal</i> , juin 1911, obs. 7.	—	6 mois.	Hémorrhagie abondante P. : 140.	Ballon de Champetier.	?	Morte non accouchée.	Morte pendant le travail.	Mort.	Autopsie uté- rus contenant 900 gr. de cal- lots; néphrite.
18	DAVIES COLLEY. <i>Brit- ish medic. Jour- nal</i> , juin 1911, obs. 8.	X	9 mois.	Hémorrhagie interne grave P. : 432 après l'accouchement 900 gr. de caillots.	Tampon va- ginal, puis bal- lon de Cham- petier.	?	Forceps.	Morte.	Mort.	Autopsie. Rup- ture incomplète externe du fond de l'utérus, 400 ^{gr} de sang dans le péritoine.

L'étude de ce tableau permet des conclusions importantes :

Au point de vue de l'action du ballon, il convient d'étudier son efficacité comme moyen d'hémostase et de dilatation rapide du col dans le but d'évacuer le contenu utérin.

1^o Le ballon incompressible est un mauvais hémostatique dans le décollement prématuré du placenta normalement inséré.

De fait, la présence du ballon dans l'utérus n'empêche pas l'hémorragie qui est due au décollement prématuré du placenta de continuer dans l'intérieur de l'utérus.

Dans un cas de Davies Colley, à l'autopsie d'une femme morte non accouchée, malgré le placement d'un ballon, on trouve 900 grammes de caillots dans l'utérus.

Dans un autre cas, du même auteur, le ballon ayant permis l'évacuation rapide de l'utérus, 900 grammes de caillots sont expulsés après le fœtus.

Rühl observe que 15 minutes après le placement d'un ballon dans l'utérus, une abondante hémorragie externe détermine l'apparition d'une tumeur grosse comme une tête d'adulte sur la paroi antérieure et le fond de l'utérus.

Tous ces faits démontrent que :

Le ballon est un mauvais hémostatique dans le décollement prématuré du placenta normalement inséré.

Il n'agit pas comme compresseur direct sur la portion décollée du placenta. La région qui saigne est haut placée par rapport au ballon gonflé dans le segment inférieur et inaccessible à son action.

Les conditions sont donc loin d'être comparables à celles qui existent dans les hémorragies par insertion basse du placenta où le ballon a une action hémostatique

de premier plan parce qu'il peut comprimer directement la languette placentaire décollée et les régions de l'utérus qui saignent.

2° Le ballon n'est qu'un moyen de dilatation rapide du col ; là se borne son action. On ne doit lui demander que d'ouvrir d'urgence une cavité utérine pour permettre d'extraire l'œuf et d'arrêter une hémorragie menaçante.

Ainsi envisagée, l'action du ballon est-elle supérieure à celle des autres procédés de dilatation rapide du col et quels résultats peut-on en attendre ?

L'observation montre que les résultats sont très dissemblables suivant les cas.

Dans le tableau ci-dessus, pour un total de 18 cas on trouve que :

a) Dans 10 cas, le ballon a rempli son rôle de dilatateur et permis d'évacuer le contenu utérin.

9 femmes ont guéri, 1 femme est morte après la délivrance. Mais ce cas ne saurait être retenu à la charge de la méthode, car il y eut une série de manœuvres intra-utérines (tentative infructueuse de version, forceps, craniotomie) en raison d'une dystocie grave par excès de volume de l'abdomen du fœtus (obs. 6, tableau III).

b) Dans 8 cas le ballon a échoué. Le détail de ces 8 échecs est particulièrement instructif. Nous trouvons :

1 cas : femme morte non accouchée.

1 cas : rupture de l'utérus.

2 cas : incisions du col après échec du ballon.

4 cas : opération césarienne après échec du ballon.

Au total : 5 femmes sont mortes et 3 ont guéri.

La différence d'action du ballon comme dilatateur

rapide du col s'explique par la différence de conditions dans lesquelles il a été employé.

La lecture des observations montre que : quand les bords de l'orifice ont déjà atteint une dilatation appréciable et sont facilement dilatables, le ballon manœuvré avec prudence permet d'ouvrir l'utérus assez rapidement pour que, l'hémorragie n'étant pas immédiatement menaçante, l'évacuation de l'utérus arrive assez à temps pour sauver la femme.

Dans les conditions inverses, la dilatation de l'orifice utérin étant nulle ou minime, les lèvres du col étant résistantes, l'hémorragie étant menaçante, le ballon donne de mauvais résultats. La femme meurt sans être accouchée ; veut-on brusquer les choses, on déchire l'utérus, ou plus sagement renonce-t-on à une dilatation trop lente, on est obligé de recourir à la césarienne pour arrêter l'hémorragie.

En somme, il en est du ballon comme de la dilatation digitale. La gravité de l'hémorragie et l'état du col sont les deux conditions qui règlent les résultats.

Dans le traitement de l'hémorragie par décollement prématuré du placenta normalement inséré, le ballon est un mauvais hémostatique. C'est un bon moyen d'obtenir la dilatation rapide du col lorsque ce dernier présente des dispositions favorables à la dilatabilité.

L'hémorragie n'étant pas immédiatement menaçante on peut alors l'employer avec succès. Lorsque les bords de l'orifice utérin sont résistants et que l'hémorragie est menaçante, l'emploi du ballon est insuffisant et expose à des désastres.

« Dans les cas graves, dit M. Pinard, le ballon incom-

pressible, même manié avec la plus grande habileté, ne saurait donner une dilatation assez rapide. »

3° L'extraction immédiate de l'enfant mort après embryotomie donne des résultats absolument comparables à ceux de la dilatation manuelle et de la dilatation au ballon.

Le fœtus mort est un corps étranger ; rien ne s'oppose à ce qu'on en fasse un agent de dilatation pour l'orifice utérin incomplètement dilaté.

C'est ainsi que dans une de nos observations M. Pinard pratique la crâniotomie en ayant soin de ne broyer que la voûte du crâne, et se sert du coin osseux en lequel se trouve ainsi transformée la tête fœtale pour terminer la dilatation d'un orifice utérin qu'il avait d'abord amené par des manœuvres manuelles à égaler les dimensions d'une paume de main. La femme guérit (obs. 4, tableau II).

Dans une autre de nos observations (obs. 6, tableau II) on peut avec autant de succès extraire l'enfant après basiotripsie, l'orifice étant initialement ouvert comme une pièce de 5 francs.

Mais les résultats ne sont pas toujours aussi favorables. Nous trouvons dans les archives de la clinique Baudelocque, une observation où après une dilatation pénible et insuffisante de l'orifice utérin, l'extraction de l'enfant est suivie de la mort de la femme (obs. 3, tableau II) par rupture de l'utérus.

Après cette étude détaillée, nous pouvons nous rendre compte des limites de l'efficacité du traitement obstétrical considéré dans son ensemble.

Dans tous les cas d'hémorragie liée au décollement prématuré du placenta, il faut rompre largement les membranes. L'observation de la clinique Baudelocque démontre que ce traitement est suffisant dans les 2/3 des cas.

Dans les cas où l'hémorragie persiste, il faut recourir à un traitement plus radical et évacuer d'urgence le contenu de l'utérus. Mais cette indication est plus ou moins facile à réaliser suivant les cas.

Dans les cas heureux mais malheureusement exceptionnels où l'orifice utérin est complètement dilaté au moment où l'hémorragie commande l'évacuation rapide de l'utérus, l'extraction de l'œuf donne d'excellents résultats, c'est la méthode de choix.

Dans les cas habituels où l'orifice utérin est incomplètement dilaté au moment où l'hémorragie pose l'indication urgente de l'évacuation de l'utérus, il faut recourir à une dilatation préliminaire rapide du col. Et c'est là que la méthode obstétricale risque d'être insuffisante.

Mis à part les dilateurs métalliques et les incisions du col qui sont à rejeter, les procédés de dilatation rapide du col par le ballon ou par la main se valent.

Lorsque les bords de l'orifice utérin sont souples, facilement et rapidement dilatables et que l'hémorragie n'est pas immédiatement menaçante, que l'on emploie le ballon ou qu'on se serve de la main, on est en droit d'espérer d'ouvrir assez rapidement l'utérus pour arriver à temps et arrêter l'hémorragie en utilisant la rétraction hémostatique qui suit l'évacuation de l'utérus.

Lorsque les bords de l'orifice sont résistants et que la dilatation est nulle ou peu avancée, tous les moyens de

dilatation rapide du col deviennent des modalités d'accouchement forcé et font courir les risques graves inhérents à cette méthode. Il y a plus, dans le cas d'hémorragie menaçante, due au décollement prématuré du placenta, s'acharner à vouloir ouvrir un col qui résiste, c'est perdre un temps précieux. De fait, la dureté ligneuse caractéristique de l'utérus et du segment inférieur qui disparaît le plus souvent après la rupture artificielle des membranes, peut persister dans certains cas.

En somme, c'est dans l'état du col incomplètement dilaté et à bords résistants d'une part, et dans la gravité de l'hémorragie qui dans le même moment commande l'évacuation immédiate de l'utérus d'autre part, qu'il faut voir les limites du traitement obstétrical.

C'est sur ce terrain que l'on est en droit de recourir aux méthodes chirurgicales.

La coexistence d'une hémorragie grave nécessitant une intervention immédiate, avec l'impossibilité d'évacuer immédiatement l'utérus en raison de l'état du col et du segment inférieur, constitue l'indication générale du traitement chirurgical.

Il y a lieu d'espérer que l'application de cette nouvelle règle de thérapeutique améliorera les statistiques obtenues par le traitement obstétrical. Dans une statistique *intégrale* de Lobenstine (1) portant exclusivement sur des cas graves, 29 cas d'accouchement forcé se sont terminés 5 fois par la mort de la femme.

(1) *Loco citato.*

CHAPITRE IV

Indications cliniques du traitement chirurgical.

Les indications du traitement chirurgical doivent être tirées en clinique de cette règle générale : du fait du décollement prématuré du placenta normalement inséré, une hémorragie grave nécessitant une évacuation rapide de l'utérus menace la vie de la mère ; du fait de l'état du col et des bords de l'orifice utérin, les différents procédés de dilatation rapide du col ne permettent pas l'évacuation immédiate que l'on se propose ; l'hystérotomie est indiquée.

C'est donc dans l'appréciation de ces deux éléments : gravité immédiate de l'hémorragie et difficulté prévue à la dilatation artificielle rapide du col qu'il faut chercher les indications d'une hystérotomie d'urgence.

1° Appréciation de la gravité de l'hémorragie.

— La quantité de sang qui s'écoule par les organes génitaux au moment de l'examen fournit bien rarement des renseignements intéressants.

Sans entrer dans le détail de l'histoire clinique des hémorragies que nous étudions, il importe de remarquer que le plus souvent, avec un écoulement de sang externe nul ou insignifiant, existe une hémorragie intra-utérine massive.

a) C'est donc surtout dans l'état du pouls qu'il faut rechercher, comme y a tant insisté M. le Prof^r Pinard,

les éléments d'un pronostic vrai concernant la gravité de l'état anémique de la femme.

L'accélération marquée du pouls, son irrégularité, sa faiblesse sont des signes d'importance capitale.

Quelle que soit la quantité de sang qui s'écoule par la vulve, le pouls s'accélère-t-il, on peut être certain que l'hémorragie continue et sans tenir compte des variations individuelles, le degré d'accélération du pouls joint à son arythmie et à sa faiblesse indique quelle est la gravité de l'hémorragie.

En présence d'une hémorragie qui continue malgré la rupture large des membranes et qui détermine une accélération du pouls au-dessus de 100, il faut penser que l'évacuation immédiate de l'utérus s'impose ; et si, l'état des bords de l'orifice rend aléatoire le complément immédiat de la dilatation par une méthode artificielle, dilatation manuelle, application de ballon, etc . . . , il faut penser qu'une intervention plus radicale s'impose d'urgence et tout préparer pour une hystérotomie.

b) La mensuration de l'utérus, l'appréciation de la hauteur du fond de l'organe au-dessus du pubis peut aussi donner des éléments de grande valeur pour évaluer l'importance de l'hémorragie qui se fait dans l'intérieur de l'utérus. La mensuration répétée indique-t-elle une ascension progressive du fond de l'organe, on peut conclure à la persistance de l'hémorragie interne.

C'est ainsi que, dans une de nos observations, l'ascension subite du fond de l'utérus fut un élément important pour apprécier la gravité réelle de l'hémorragie et contribua à décider M. Couvelaire à pratiquer l'opération césarienne.

2° L'état du col non dilaté ou à peine dilaté est le deuxième élément dont la constatation est nécessaire pour justifier l'hystérotomie.

Lorsque les bords de l'orifice sont souples, minces, facilement dilatables, et que la dilatation de l'orifice est déjà très appréciable, égale aux dimensions de 5 francs, ou d'une paume de main, on est en droit d'attendre du traitement obstétrical par complément artificiel de la dilatation et extraction immédiate de l'enfant, la cessation de l'hémorragie.

Dans les cas où l'hémorragie menaçante survient avec un col non effacé ou à peine dilaté, l'évacuation rapide de l'utérus devient difficile et dangereuse par les procédés obstétricaux.

En présence de la gravité de l'hémorragie, il ne faut pas perdre de temps. Tous les procédés lents ou de force, qui peuvent être rassemblés sous l'étiquette commune d'accouchement forcé doivent être rejetés. Aux dangers graves ou immédiats il faut opposer un traitement immédiat et radical. L'hystérotomie doit être pratiquée d'urgence.

On peut se poser la question de savoir si on ne trouverait pas dans l'auscultation obstétricale un élément clinique d'appréciation pour évaluer le degré de gravité de l'hémorragie. Il ne faut attacher aucune importance sous ce rapport à la disparition des bruits du cœur fœtal.

Dans les cas de la clinique Baudelocque nous relevons un bon nombre d'observations dans lesquelles la mort du fœtus est résultée d'une hémorragie rétroplacentaire

assez minime pour ne s'être traduite que par la présence d'un caillot déprimant la face utérine du placenta.

Mais inversement, nous pensons que la perception des bruits du cœur fœtal indique que l'hémorragie liée au décollement du placenta n'est pas immédiatement menaçante et nous nous refusons à voir dans cette survie de l'enfant une indication à l'opération césarienne.

En somme, le traitement chirurgical des hémorragies par décollement prématuré du placenta normalement inséré reconnaît comme indications cliniques la coexistence de modifications graves de l'état général et du pouls avec la constatation de caractères du col faisant prévoir des difficultés et des dangers à sa dilatation artificielle complète.

La règle ci-dessus a une valeur très générale. Il y a cependant lieu de se demander si les particularités de certains cas cliniques ne peuvent pas hâter ou retarder sa mise en pratique.

1° Sans vouloir entrer dans des détails inutiles, nous nous contenterons d'indiquer sommairement dans quelle mesure les indications du traitement chirurgical peuvent être influencées par la coexistence de l'éclampsie avec une hémorragie rétro-placentaire.

Dans une observation rapportée dans la thèse de Le Golvan (obs. 540, 1904), l'hémorragie s'est accompagnée d'éclampsie et la femme est morte 3 jours après l'accouchement. Dans ce cas, on ne s'est pas comporté autrement que s'il s'était agi d'un décollement prématuré du placenta sans complication convulsive. La rupture artificielle des membranes a amené l'arrêt de l'hémorragie

Nous pensons qu'il s'agit là d'une donnée générale et que la coexistence de l'éclampsie ne modifie pas les règles générales de la thérapeutique propre aux hémorragies rétro-placentaires.

2^o Nous mentionnerons encore la coexistence d'une cause sérieuse de dystocie avec l'hémorragie par décollement prématuré du placenta normalement inséré.

Les causes de dystocie liées à une étroitesse du bassin par exemple, s'ajoutent aux difficultés qu'il peut y avoir dans la dilatation artificielle du col pour rendre plus lente et plus difficile une évacuation rapide du contenu de l'utérus.

C'est dans ces conditions que Platonoff a été amené à pratiquer une opération césarienne dans un cas dont on trouvera l'observation à la fin de ce travail (obs. VI) : opération césarienne abdominale conservatrice.

3^o En terminant le chapitre des indications cliniques de l'intervention chirurgicale dans le décollement prématuré du placenta normalement inséré, nous devons signaler qu'une hémorragie grave survenant après la délivrance peut devenir une indication à l'hystérectomie.

Et nous rapporterons ici deux observations où cette conduite a été tenue.

OBSERVATION I.

(Clinique du Prof^r G. BRAUN).

O. WEISS, *Archiv. f. Gyn.*, 1894, Bd. 46, p. 256.

M. Koch, 28 ans, blanchisseuse. 2 accouchements antérieurs normaux ; enfants vivants. Dernières règles le 10 juillet 1892. La grossesse a été normale jusqu'à ce jour (7^e mois).

Le 29 janvier 1893, à 6 heures du soir, elle est prise soudain d'une forte douleur abdominale accompagnée de vomissements, de syncopes, d'hémorragie externe.

Une sage-femme appelée, fait un tamponnement vaginal. Sur les conseils d'un médecin, la malade est transportée d'urgence à la clinique.

On constate une forte hémorragie externe qui a traversé le tampon. Celui-ci supprimé, on note au toucher : col perméable permettant de sentir une poche des eaux intacte. Rupture artificielle des membranes.

A 11 heures du matin, expulsion spontanée d'un enfant de 4.400 gr. né en état de cyanose et qui succombe une heure après. Délivrance immédiate par expression suivie de l'expulsion de caillots et de sang liquide, pesant 4.800 gr.

Persistance de l'hémorragie, l'utérus ne se contracte pas. Tamponnement utérin infiltré au bout de très peu de temps. Nouveau tamponnement sans résultat. L'hémorragie persiste, l'anémie augmente. Bourdonnements d'oreilles, etc. Le Dr Koffer fait une opération de PORRO. La femme guérit.

OBSERVATION II.

CHEVALDYCHEFF, *L'Obstétrique*, p. 403, 1908.

Multipare de 37 ans, présentant des signes d'hémorragie rétro-placentaire. On fait la dilatation manuelle du col, puis la perforation de la tête fœtale. Pendant les manœuvres d'extraction du fœtus, le col est déchiré.

Après la délivrance complète, 4 points de suture au catgut sur le col, mais l'utérus ne se contracte pas. L'hémorragie continue et ni les injections d'eau à 40°, ni la compression, ni le tamponnement ne peuvent l'arrêter.

On doit pratiquer l'hystérectomie vaginale, guérison.

CHAPITRE V

Technique et résultats du traitement chirurgical.

En outre du cas de M. Couvelaire, nous avons pu recueillir dans la littérature 22 cas où l'opération césarienne a été pratiquée.

Nous avons réparti ces 23 cas en 3 catégories, suivant la nature de l'intervention qui a été faite :

1° Cas d'opération césarienne abdominale conservatrice : 7 (tableau IV) ;

2° Cas d'opération césarienne abdominale suivie d'hystérectomie : 7 (tableau V) ;

3° Cas d'opération césarienne vaginale : 9 (tableau VI).

Voici les tableaux résumant ces observations, qu'on trouve rapportées en détail à la fin de ce travail :

TABLEAU IV. — Opération césarienne abdominale conservatrice.

N ^o D'ORDRE	INDICATIONS bibliographiques.	AGE de la femme	PARITÉ	TERME de la grossesse.	ACCIDENTS dûs au décollement.	INTERVENTION pratiquée avant la césarienne.	TECHNIQUE de la césarienne.	RÉSULTAT		OBSERVATIONS
								Mère.	Enfant.	
1	B. HICKES (Cas d'Éhlington). <i>Transact. of the obst. Society, London</i> , vol. 2, 1860, p. 63.	40	—	9 ^e mois.	Hémorragie interne puis grosse hémorragie externe. On intervient : la femme est agonisante.	—	Césarienne classique.	Morte.	Mort.	An cours de l'intervention on constate une déchir. incompl. ext. de l'utér. de 8 ^m env., sut. Hémorrag. second. très abond. Pas d'autopsie.
2	KOUWER. <i>Niederländische Gevels - cliaiff. f. geb. und Gynäk.</i> , p. 755, n ^o 28, 1898.	44	VIII	—	Hémorragie interne.	—	Césarienne classique.	Morte.	Mort.	
3	BAR. <i>Bull. de la Soc. d'obst. de Paris</i> , 15 mars 1908, p. 418.	—	VI	7 ^e mois.	Hémorragie abondante. Saignée à blanc. Pouls incomptable.	Placement d'un ballon Chamberlain. 300 gr.	Césarienne classique.	Morte.	Mort.	Meurit le lendemain de l'interv. Autopsie : Néphrite, lés. hépatiques : nécrose cellulaire.
4	RIBEMONT-DESSAIGNE. In LE LOHIER. <i>Annales gyn. et obs.</i> Juin 1906, p. 372.	26	III	8 ^e mois.	Hémorragie interne. P. : 90. Pas d'albumine.	Rupture des membranes. Pouls petit à 96, par moment imperceptible. Dilatation du col ; ne progresse pas.	Césarienne classique.	Guérison.	Mort.	
5	LOBENSHINE et HARRAR. <i>Bull. of the Lying Hosp. of the City New-York</i> , sept. 1907, vol. IV, n ^o 2, p. 53.	46	I	A terme.	Hémorragie interne.	—	Césarienne classique.	Guérison.	Vivant.	
6	PLATONOFF. <i>L'obstétrique</i> , 1908, p. 347.	22	I	A terme.	Hémorragie.	—	Césarienne. Ligature des 2 trompes.	Guérison.	Vivant.	Opérée au début du travail dès l'appar. de l'hémor. à cause d'une dystocie pelvienne.
7	LEQUEUX. <i>Bull. de la Soc. d'obst. de Paris</i> , n ^o 9, déc. 1910, p. 412.	32	I	8 ^e mois.	Hémorragie. P. : 112.	—	Césarienne classique.	Guérison.	Mort. 2,030 gr.	

N ^o D'ORDRE	INDICATIONS bibliographiques.	AGE de la femme	PARITÉ	TERME de la grossesse.	ACCIDENTS dûs au décollement.	INTERVENTION pratiquée avant l'hystérectomie.	TECHNIQUE	RÉSULTAT		OBSERVATIONS
								Mère.	Enfant.	
1	BAHOT. In MALCOM STORER. <i>The Boston med. and surg. Journ.</i> 1892, CXXVII, p. 377.	30	VIII	8 mois.	Hémorrag. abondante. P. : 150.	Rupture des membranes. Continuation de l'hémorragie.	Opération de Porro.	Guérison.	Mort.	
2	SOULIGOUX. <i>Bull. Soc. Obst.</i> Paris, 1904, p. 137.	32	—	5 mois.	Hémorragie abondante. P. : faible T. : variant de 38° à 39°5.	—	Hystérectomie supravaginale.	Guérison.	Mort.	
3	PULVIRENTI. <i>La Ginecologia</i> . Firenze, Ann. V. Fasc. 4.	30	I	7 mois.	Hémorragie interine. Anémie profonde.	Introduction difficile d'un ballon de Barnes.	Hystérectomie supravaginale.	Morte.	Mort.	La femme meurt une demi-heure après l'acte opératoire. Autopsie : néphrite, ecchymose sous la séreuse stomacale. Infarctus du muscle utérin.
4	RIBEMONT - DESSAIGNES. In thèse DUQUET. Paris, 1909.	37	II	9 mois.	Hémorragie interine puis externe. P. : 150.	—	Opération de Porro.	Morte.	Mort.	
5	TARGETT In DAVIES-COLLEY. <i>British med. Journ.</i> 17 juin 1911.	34	multipare	8 mois.	Anémique ; hémorragie interine mais bon poul.	Version ; on attire un pied. Extraction impossible. Collapsus P. 144	Hystérectomie supravaginale.	Guérison.	Mort.	Phlébite double pendant la convalescence (communication particulière de l'auteur).
6	S AVAGE (inédit). Communiqué par lettre. Indiqué dans rapport de Routh.	41	IV	à terme.	Saignée à blanc. P. : 150.	—	Opération de Porro.	Morte.	Mort.	
7	COUVELAIRE. <i>Ann. de gyn. et d'obs.</i>	26	I	8 mois.	Anémique, P. 140 Albuminur. et azotémique.	Rupture artif. des membranes.	Opération de Porro.	Guérison.	Mort.	

TABLEAU VI. — Opération césarienne vaginale.

N° d'ORDRE	INDICATIONS bibliographiques.	AGE de la femme	PARTIE	TERME de la grossesse.	ACCIDENTS dûs au décollement,	INTERVENTION pratiquée avant la césarienne vaginale.	TECHNIQUE	RÉSULTAT		OBSERVATIONS
								Mère.	Enfant.	
1	REM. (W). <i>Centralb. für Gynäk.</i> N° 47, 1901, p. 1283.	—	III	—	Hémorragie abondante.	Pose d'un ballon ; continuat. del hémor. Pas de dilat. de l'orif. Aggrav. rap. de l'état.	Césarienne vaginale typique, forceps.	Guérison.	Mort.	
2	EVERKE et WINKEL. <i>Handb. d. Geb.</i> p. 658.	—	—	6 mois.	Hémorragie, signes d'anémie grave.	—	Césarienne vaginale.	Guérison.	Mort.	
3	PESTALOZZA. 4 ^e congrès international de gynécologie de Rome, 1902.	—	—	6 mois.	Hémorragie abondante.	Tamponnement. Continuation de l'hémorragie. Pas de dilatation du col.	Hystéro-cervicotomie techn. de Dubryseu léger. modifié. Version extraction.	Guérison.	Mort.	
4	RIDDLE-GOFFE. <i>Ann. of Gyn. and Ped.</i> vol. XVIII, p. 345.	29	—	6 mois.	Hémorragie.	Rupture des membranes. Dilat. comme 1 fr. Col indilatable.	Incis. de la levre ant. du col et du seg. inf. en av. seul. Version.	Guérison.	Mort.	
5	FABRE. In these GASTON. Lyon, 1906.	28	—	6 mois 1/2.	Hémorragie P. : 76.	Ballon P. 104. Rupt. des membr., dilat. manuelle, incisions multip. sans résultat.	Césarienne vaginale. Embryotomie.	Guérison.	Mort.	
6	GERMANN. Thèse Iéna, 1907, obs. 9, p. 12.	28	VII	—	Hémorragie abondante. P. : petit. Col long dilaté.	—	Césarienne vaginale. L'incision antérieure suffit. Version.	Guérison.	Mort.	
7	HERZ EMMANUEL. <i>Wiener med. Wochens.</i> N° 5, p. 235, 1907.	26	III	—	Hémorragie abondante. Syncope.	—	Césarienne vaginale.	Guérison.	Mort.	
8	DÖDERLEIN. <i>Monatschr. Geb. und Gynäk.</i> Bd. 27, p. 650, 1908.	—	—	8 mois.	Hémorragie interne. Col admet un doigt.	—	Césarienne vaginale.	Guérison.	Vivant.	
9	SKROBANSKY. <i>Centralb. f. Gynäk.</i> p. 116, 1910.	—	VII	8 mois.	Anémie profonde	Tamponnement. Continuation de l'hémorragie.	Césarienne vaginale.	Guérison.	Mort.	

La statistique ci-dessus, bien qu'établie d'après des cas épars, nous permet cependant de présenter quelques considérations concernant les principaux points du traitement chirurgical ; en particulier au sujet du moment de l'intervention et de la technique opératoire la plus appropriée.

A. Un premier fait, d'importance capitale, découle de l'examen des observations que nous avons recueillies.

Le traitement chirurgical n'a de chance de réussir que s'il est fait d'urgence.

La preuve en est fournie par deux cas d'Eklington et de M. le Prof^r Bar. La femme saignée à blanc, est dans un état précaire et meurt.

Par contre, M. Ribemont-Dessaignes, M. Lequeux et M. Couvelaire obtiennent des succès en intervenant dès que l'indication se pose.

Mauran (1) dans sa thèse, inspirée par le Prof^r agrégé Lepage, montre les dangers auxquels on s'expose en s'attardant aux méthodes obstétricales quand elles sont inefficaces. Il réunit un total de 49 cas épars de décollement prématuré terminés par la mort. En laissant de côté les cas où la partie était perdue d'avance et les cas non traités à cause d'erreurs de diagnostic, il reste 7 cas où, pour s'être attardé à un traitement obstétrical inefficace, on a eu à déplorer des désastres.

B. *L'intervention chirurgicale étant décidée, quelle technique faut-il suivre ? Doit-on conserver ou amputer l'utérus ?*

(1) MAURAN. *Des cas de mort par décollement prématuré du placenta.* Thèse Paris, 1908-1909.

1° On doit tenir compte de l'état de la paroi utérine.

Un certain nombre de constatations anatomiques semblent démontrer qu'il peut être dangereux de laisser l'utérus en place quand il y a eu hémorragie rétro-placentaire.

Dans un cas, l'examen bactériologique de la muqueuse utérine démontra à M. Maklowsky la présence de gonocoques.

Voici l'observation :

OBSERVATION III

Monatsch. f. Geb. u. Gyn., Bd IV, 1896, p. 212.

Femme de 22 ans, primipare, atteinte d'écoulements vaginaux purulents. Au 9^e mois de la grossesse, apparition soudaine pendant la nuit de violentes douleurs dans le ventre et d'une forte hémorragie de sang liquide mêlés de caillots anciens de la grosseur du poing.

Le corps et le fond de l'utérus sont beaucoup plus durs que normalement et sensibles à la palpation ; cette dureté augmente par intervalles.

Bruits du cœur fœtal perçus.

Étant donnés ces signes, l'auteur pose le diagnostic d'hémorragie par décollement prématuré du placenta normalement inséré ce qui est confirmé par la délivrance.

L'attention étant attirée le 3^e jour par une conjonctivite de l'enfant, on fait l'examen bactériologique des sécrétions utérines. Cet examen démontre la présence de gonocoques.

L'examen microscopique démontre, en outre, que les modifications de la caduque présentent le caractère d'un processus inflammatoire de date récente.

La caduque placentaire est le siège d'une infiltration très prononcée. On trouve des gonocoques dans le protoplasme des cellules déciduales.

Seitz (1) chez une femme morte d'éclampsie compliquée d'hémorragie par décollement prématuré du placenta normalement inséré, recueille l'utérus contenant l'œuf intact. Il trouve « au niveau de la caduque une infiltration leucocytaire anormale qui se poursuit jusque dans le myomètre ».

Au niveau du placenta il retrouve les mêmes lésions inflammatoires ; il note, en effet, « une infiltration de petites cellules, signe prédominant le plus frappant d'une infection. »

Kouwer (2) au cours d'une césarienne abdominale pour hémorragie rétroplacentaire, observe des lésions macroscopiques de l'utérus. L'organe présentait plusieurs petites déchirures incomplètes externes, qui furent suturées ; la malade mourut d'hémorragie secondaire très abondante.

Schickelé (3) dans un travail important constate dans des cas du même genre des lésions d'endométrite et de myométrite.

« L'utérus, écrit-il, notamment dans sa surface placentaire, surprend par sa pauvreté en vaisseaux. Sans pouvoir expliquer cet état d'une manière quelconque, je me borne à noter la nutrition défectueuse de la déciduale et sa lente nécrose. »

Et plus loin : « la muqueuse utérine atrophiée, lésée, et l'accroissement de l'œuf tirailé dans la région que doit occuper le placenta jouent certes un grand rôle dans la production de ces hémorragies.

(1) SEITZ. Zwei sub partu verstorbene Fälle von Eklampsie mit vorzeitiger Lösung der normal sitz. Plac. *Arch. f. Gyn.*, Bd 69, 1903, p. 71.

(2) *Loc. cit.*

(3) Klin. Beiträge z. vorzeitigen Lösung der Placenta. *Münchener med. Wochens.*, N° 51, 1903 ; *Beiträge z. geb. v. Gyn.*, 1904, Bd VIII, 3. p. 337.

Le développement des vaisseaux et la circulation étant diminués dans ces régions, l'apport nutritif à la zone des villosités est conséquemment diminué. On conçoit que de telles conditions prédisposent au décollement prématuré du placenta, »

Ailleurs, l'auteur rappelant les observations de Weiss, rapproche de ces cas ses constatations personnelles : il signale « des lésions des vaisseaux de l'utérus et note l'endométrite et la myométrite avec infiltration leucocytaire des cellules rondes du muscle plus abondantes que normalement. »

Biancardi (1) examinant de nombreux placentas signale des altérations importantes et constantes surtout dans la caduque :

« Foyers hémorragiques aux différentes phases répressives, dépôts de fibrine, ectasie et coagulation vasculaire, infiltration leucocytaire plus ou moins marquée, épaissement de la caduque et dégénérescence de ces éléments depuis le simple gonflement et la vacuolisation du protoplasma jusqu'aux diverses phases de dégénérescence du noyau, voire même de sa ruine complète.

Otto Weis (2) rapporte les lésions anatomiques constatées sur un utérus amputé pour hémorragie rétroplacentaire.

« Le corps utérin, dit-il, présente de grandes modifications ; le tissu conjonctif est particulièrement développé ; les cellules conjonctives présentent de nombreux

(1) *Annali di ost e gin.*, mai 1906, in GASTON, thèse Lyon, 1906.

(2) WEISS. *Über vorzeitige Lösung der normal sitzenden Placenta. Arch. f. Gyn.*, Bd 46, 1894, p. 256.

noyaux particulièrement au voisinage des vaisseaux. On note un nombre considérable de cellules rondes et de leucocytes polynucléaires.

Cette infiltration de cellules serrées et nombreuses se rencontre dans toutes les couches du muscle utérin, mais surtout dans les couches moyennes et internes.

Plusieurs veines sont en outre le siège de thromboses récentes.

Au milieu des grandes cellules déciduales rondes ou aplaties à protoplasme homogène, on trouve des leucocytes polynucléaires isolés ou groupés.

Dans la portion placentaire de la serotine on trouve aussi des leucocytes, mais en petite quantité, isolés ou en petits groupes.

La caduque réfléchie présente une couche superficielle déchiquetée, avec cellules pâles nécrosées.

Desmond (1), à l'autopsie d'une femme morte d'hémorragie rétro-placentaire, constate trois plaques ecchymotiques sur l'utérus, en apparence sain.

M. le Prof^r Bar (2), faisant une césarienne pour hémorragie rétro-placentaire, constate une teinte ecchymotique de la paroi utérine.

Le Lorier (3), au cours d'une césarienne faite par M. Ribemont, prélevant un fragment d'utérus, constate sur les préparations histologiques les lésions suivantes :

On voit nettement, dit-il, en un point probablement rapproché de la séreuse, une infiltration hémorragique

(1) DESMOND. *Liverpool med. chir. Journ.*, janv. 1837.

(2) BAR et KERVILLY. *Bull. Soc. obs. Paris*, 15 mars 1906, p. 118.

(3) *Ann. Gyn. et obs.*, juin 1906, p. 372.

légère tendant à dissocier les fibres musculaires, et qui répond aux constatations faites de visu, de petites taches ecchymotiques à la surface de l'utérus.

Ces lésions sont, dans le cas de M. Couvelaire, observées à leur degré extrême. L'utérus est véritablement apoplectique. Les faisceaux musculaires sont dissociés par des nappes sanguines. Les ligaments larges sont infiltrés de sang.

Toutes ces constatations anatomiques prouvent donc qu'on doit se méfier de la vitalité de la paroi utérine dans le décollement prématuré du placenta.

2° Quand on pratique l'opération césarienne pour décollement prématuré du placenta normalement inséré, on se trouve en outre dans des conditions douteuses d'asepsie avec un utérus qui a déjà saigné, des membranes habituellement rompues et il est fréquent que des manœuvres d'extraction de l'enfant aient été déjà pratiquées.

3° L'hémorragie secondaire guette les femmes atteintes de décollement prématuré du placenta normalement inséré.

Nous avons vu (1) Chevaldycheff et Koffer recourir à une hystérectomie pour une hémorragie tardive.

Cette complication fut observée après une césarienne conservatrice par Kouwer (2) et la femme mourut d'hémorragie secondaire.

(1) P. 53 et 54.

(2) *Loc. cit.*

4° Nous nous méfions enfin de la résistance d'une femme qui a déjà subi plusieurs pertes sanguines, qui se défendra mal contre l'infection.

Et surtout nous ne saurions oublier que les femmes atteintes d'hémorragie rétro-placentaire sont des auto-intoxiquées dont le sang présente des caractères particuliers. Ce sont des malades. M. Pinard insiste sur ce fait depuis longtemps. M. Bar a attiré l'attention sur les lésions hépatiques coexistantes. M. Couvelaire a mis en relief la rétention azotée que présentait son opérée.

Ces conditions anatomiques et cliniques peuvent rendre indispensable l'hystérectomie post-césarienne.

c) Doit-on choisir la voie abdominale ou vaginale ?

La voie abdominale permet de se rendre compte des lésions que nous avons décrites et celles-ci sont assez fréquentes pour qu'on n'ait pas le droit de les négliger.

La laparotomie permettra donc de pratiquer une hystérectomie dans des conditions les meilleures, si elle est jugée nécessaire de par les conditions cliniques et l'état anatomique de la paroi.

Dans le tableau résumé des cas traités chirurgicalement par la césarienne vaginale, nous pouvons voir que les 9 cas opérés par la méthode de Dührsenn ou par une technique analogue ont été suivis de succès. N'en résulte-t-il pas alors que ce procédé doit constituer le traitement chirurgical de choix ?

Nous nous trouvons évidemment en présence d'une méthode dont nous devons tenir sérieusement compte.

Elle est pourtant passible d'objections.

Outre les dangers qu'il peut y avoir à conserver l'utérus dans les cas de décollement prématuré du placenta et l'impossibilité de se rendre compte des lésions utérines dont nous avons parlé en opérant suivant la méthode de Dührsenn, nous devons faire, de plus, des réserves sur la possibilité d'évacuer rapidement l'utérus sans faire perdre à la femme une nouvelle quantité de sang. L'opération césarienne vaginale s'accompagne d'une hémorragie peu abondante, dit-on ; mais elle peut être désastreuse chez des femmes déjà très anémiées.

C'est pour remédier à cette complication que Dührsenn conseille d'introduire d'abord un ballon, puis d'inciser le col sur ce ballon, qui ferait l'hémostase. La métreuryséohystérotomie, comme on a dénommé cette opération, n'a pas encore été employée dans les cas d'hématome rétro-placentaire.

Enfin n'est-il pas dangereux au point de vue de l'avenir obstétrical, de conserver un utérus portant une large incision sur le segment inférieur ?

L'opération césarienne vaginale est une méthode de date encore trop récente ; elle n'a pas fait ses preuves au point de vue des accouchements ultérieurs. En dehors de l'accident qui nous occupe, Dührsenn (1) rapporte deux cas d'accouchements normaux après l'emploi de son procédé ; mais on lui oppose également deux succès par rupture de l'utérus au niveau de la cicatrice opératoire.

Nous concluons :

A ne tenir compte que de nos chiffres, la césarienne vaginale donne d'excellents résultats dans le décollement

(1) Dührsenn. Nochmals Bossi und Kaisersch. vag. Arch. f. Gyn. Bd 75, H. 2, p. 247.

prématuré du placenta normalement inséré, mais il s'agit d'une opération dont on ne connaît pas encore bien les avantages et les inconvénients d'une façon générale. Dans le cas particulier de décollement prématuré du placenta normalement inséré, la césarienne vaginale laisse en place un utérus dont les parois sont souvent malades.

Quels résultats est-on en droit d'attendre du traitement chirurgical ?

Notre statistique montre que :

7 opérations césariennes abdominales conservatrices donnent 4 guérisons et 3 insuccès.

7 opérations césariennes abdominales suivies d'hystérectomie donnent 4 guérisons et 3 morts.

Pour 9 opérations césariennes vaginales, 9 succès.

Nous ne pouvons faire donner à cette statistique faite de cas épars plus qu'elle ne peut donner. Mais si l'on veut bien remarquer que dans tous les cas, l'intervention n'a été pratiquée que chez des femmes en danger de mort, on trouvera que ce résultat de 17 guérisons sur 23 cas ne peut qu'être très encourageant.

OBSERVATIONS

Opération césarienne abdominale conservatrice.

OBSERVATION I.

ECKLINGTON, In BRAXTON HICKS, *Transact. of the obs. society London*. Vol. 2, 1860, p. 63.

X...., 40 ans, multipare, présente brusquement un état de collapsus le 16 juin 1844, au 8^e ou 9^e mois de sa grossesse : son poulx est petit et faible, sa peau froide, humide, sa face pâle.

Elle se plaint d'une douleur très violente avec crampes, qui dure depuis plusieurs heures, et qui siège à la partie inférieure de l'abdomen. Aucune douleur de travail.

L'orifice est légèrement dilaté, admettant 2 doigts ; le col mou, dilatable.

Il n'y a pas trace d'hémorragie externe.

Comme on ne constate pas de symptômes de travail, on lui donne de l'alcool et de l'opium.

Aussitôt après mon départ, je suis rappelé pour une hémorragie externe qui l'a considérablement affaiblie. La dilatation est comme 5 fr. Le collapsus persistant, on mande le Dr Ecklington qui arrive au moment où elle est « in articulo mortis ».

Il fait une césarienne rapide pour essayer de sauver l'enfant. Il retire un enfant mort.

Le placenta est entièrement décollé et présente de volumineux caillots sur sa face utérine.

OBSERVATION II.

KOUWER, *Niederländische Gesellschaft f. Geb. und Gyn., Centralbl. f. Gyn.*, p. 755, n° 28, 1898.

VIII pare, 44 ans, tombe de l'escalier à 11 heures. Elle pâlit, ressent de fortes douleurs et a l'impression que quelque chose se distend dans le ventre. La nuit à 11 h. 1/2 elle est transportée à la clinique très anémiée.

L'abdomen est tendu; il est impossible de sentir les parties fœtales — on n'entend pas les bruits du cœur.

A 7 heures du matin. L'orifice utérin admet 1 doigt; on sent une forte tension de la poche des eaux; il n'y a pas trace d'hémorragie externe.

Son état général, ses fortes douleurs, l'anémie qui s'accroît indiquent la césarienne comme moyen d'arrêter l'hémorragie.

Anesthésie au chloroforme. Section césarienne. Incision médiane. Il s'écoule une grande quantité de sang. L'enfant est mort. On enlève le placenta qui est complètement décollé.

L'utérus présentait quelques déchirures incomplètes externes d'une longueur de 5 à 6 centimètres. Elles sont suturées.

Jusqu'à 3 heures, l'état général est bon. A 3 h. 1/2, mort inattendue. Issue d'une grande quantité de sang par le vagin. Mort par hémorragie secondaire.

OBSERVATION III.

BAR, *Bull. Soc. obs. Paris*, mars 1906, p. 118.

Femme habituellement bien portante, arrivée dans le service au 7^e mois de sa 6^e grossesse. Nous n'avons eu que des renseignements très vagues sur les incidents qui avaient pu marquer les cinq premières grossesses, toutes terminées par la naissance d'enfants vivants.

La malade nous fut apportée à la maternité de St-Antoine, le 26 novembre 1905 à 1 heure du matin. Depuis la veille, elle se

plaignait d'une dyspnée intense et ne sentait plus les mouvements de l'enfant.

La sage-femme de garde qui l'examina, constata que l'utérus était plus volumineux qu'il eut dû l'être, qu'il était constamment dur et que les battements du cœur fœtal ne pouvaient être perçus. Le col était long, résistant, situé très en arrière.

Il n'y avait pas d'hémorragie externe.

A 6 heures du matin, la femme se plaignit d'une vive douleur sur le côté gauche du fond de l'utérus et on l'examina de nouveau. L'utérus paraissait surdistendu; il y avait un écoulement sanguin abondant et la malade présentait des signes d'anémie suraiguë.

L'interne fit de suite une injection sous-cutanée de 500 gr. de sérum et plaça dans l'utérus un ballon de Champetier de Ribes de 300 gr. Quand M. Bar vit la malade, elle était dans un état très précaire, sans pouls. Le diagnostic d'hémorragie rétro-placentaire s'imposait et il paraît évident que l'évacuation rapide de l'utérus pouvait seule permettre quelque espoir.

Étant données l'absence d'effacement du col, sa résistance, sa situation en arrière, on pensa que l'accouchement par les voies naturelles nécessiterait des manœuvres trop prolongées et M. Bar se décida à pratiquer l'opération césarienne, projetant de faire l'ablation de la partie supra-vaginale de cet organe s'il n'y avait pas de contractions suffisantes pour assurer l'hémostase.

Quand l'utérus fut incisé, une quantité considérable de sang noir s'écoula; on enleva rapidement le fœtus, le placenta, les caillots qui remplissaient la cavité utérine et on constata que l'hémorragie s'était produite dans la partie supérieure et gauche de l'utérus au point où la malade avait accusé une douleur vive

L'utérus se contractant bien, on prit, non sans hésiter, le parti de laisser l'utérus dont la paroi paraissait ecchymotique. On pratiqua donc le tamponnement intra-utérin, on sutura la paroi utérine et on ferma la plaie de la paroi abdominale.

La malade resta dans un état de shock. Le soir, les forces parurent se relever, mais l'amélioration fut très passagère et le lendemain matin la mort survint.

OBSERVATION IV

RIBEMONT-DESSAIGNES et LE LORIER, *Ann. de gyn. et d'obst.*,
juin 1906, p. 372.

Femme de 26 ans. 1^{re} grossesse en 1899. Accouchement spontané à terme. Enfant mort à 5 semaines d'érysipèle.

2^e grossesse en 1902, accouchement prématuré à 8 mois. Enfant mort au cours du travail. La malade avait fait cet accouchement à l'hôpital Saint-Louis, où l'on n'a pu nous donner sur elle aucun renseignement. D'après ses dires, elle aurait eu une hémorragie assez forte après l'accouchement.

3^e grossesse. Grossesse actuelle. Même père pour les trois grossesses. Dernières règles du 2 au 6 mai 1905. Présentation du sommet non engagé en droite transversale. Bassin normal. Pas d'albumine dans l'urine.

A son entrée le 25 janvier 1906, à 1 heure du matin, la sage-femme de garde l'examine : elle trouve une présentation du sommet en voie d'engagement en droite transverse. Les bruits du cœur sont normaux, au lieu d'élection. Le col est en voie d'effacement, les membranes sont intactes. Pas d'albumine dans l'urine. L'état général de la malade est bon, sa température normale, son pouls à 88°. Les douleurs reviennent avec peu de fréquence et une faible intensité jusqu'à 6 heures du matin.

A 8 heures et demie du matin, la sage-femme de garde constate que les bruits du cœur se modifient et fait prévenir la sage-femme en chef, Mme Léger, qui arrive immédiatement ; elle est tout de suite frappée par la pâleur de cette femme, pâleur qui venait de se produire. Le pouls est petit, à 90, l'utérus est dur comme du bois, l'auscultation est absolument négative.

Au toucher, l'orifice utérin largement entr'ouvert, n'est pas complètement effacé, l'orifice externe est souple, mais l'orifice interne, présentant la dimension d'une pièce de 2 francs, est circonscrit par un rebord dont la dureté et la rigidité ne sauraient être comparées qu'à celles d'un anneau de fer.

Mme Léger rompt les membranes, il s'écoule une certaine quantité de liquide amniotique clair. L'état de l'utérus ne se modifie pas après cette opération. Aucun écoulement sanguin par la vulve.

Peu après MM. Ribemont-Dessaignes et Le Lorier voient la malade et font les mêmes constatations, mais dans l'intervalle l'état de la malade s'est aggravé, la pâleur était très accentuée, le poulx était très petit et à 96, les douleurs presque permanentes. Le diagnostic ne semble pas douteux : il s'agit d'une hémorragie rétro-placentaire.

Mais, d'une part, l'aspect hémorragique de la malade (dont le poulx devient par moments imperceptible, dont les muqueuses sont décolorées et qui présente, en outre, des éblouissements, des bourdonnements d'oreilles), d'autre part, la téтанisation de son utérus distendu appellent une intervention rapide. L'état du col fait rejeter absolument toute idée d'intervention par les voies naturelles, que la moindre fissure se produise dans l'anneau de fer qui est à ce moment l'orifice interne, il s'en suivra une déchirure dont la direction et l'étendue ne sauraient être prévues.

L'opération césarienne est pratiquée à 11 heures par M. Ribemont-Dessaignes, la malade étant endormie au chlorure d'éthyle d'abord, puis l'anesthésie continuée à l'éther.

Après incision de la paroi abdominale, l'utérus apparaît avec un aspect tout à fait spécial. Le péritoine pré-utérin est comme décollé par un léger épanchement sous-séreux non hémorragique, il est même déchiré en un point, sur une étendue de 1 à 2 centimètres.

L'utérus lui-même est dur, violacé, ponctué de petites ecchymoses.

L'incision de l'utérus tombe en plein sur le placenta qui est complètement décollé. Un flot de sang liquide et de caillots, dont 400 grammes seulement ont pu être recueillis, s'échappe de la cavité utérine.

On extrait l'enfant qui, naturellement, ne présente aucun signe de vie.

Avant de refermer l'utérus, on prélève un fragment du muscle utérin pour examen histologique, ce fragment est placé aussitôt dans du sublimé acétique.

Sutures de l'utérus à la soie.

A ce moment, l'utérus est mou comme un mouchoir chiffonné et ne réagit à aucune excitation. Cet état se prolonge à tel point que l'on hésite à le laisser en place.

Coup sur coup, 4 grammes d'ergotine sont injectés à la malade ; enfin, après une attente de 8 à 10 minutes, l'utérus finit par se contracter, on referme alors le ventre par trois plans sans drainage.

Suites très simples, la malade sort guérie le 15 février 1906.

OBSERVATION V

LOBENSTINE et HARRAR, *Bull. of the Lying in Hosp. of the Cites, N. Y.*
Sept. 1907, vol. IV, n° 2, p. 53.

Primipare de 46 ans, à terme, au début du travail. Elle est prise d'une hémorragie dont l'abondance et la persistance furent telles, qu'elles déterminèrent une anémie progressive et grave.

L'auteur fait une césarienne abdominale. L'utérus est plein de caillots. Le placenta présente des altérations notables.

Enfant vivant.

Guérison de la mère.

OBSERVATION VI

PLATONOFF, *L'Obstétrique*, 1907, p. 347.

Primipare 22 ans, bassin moyennement rétréci (diamètre Pr. pub. minimum 7 centimètres).

La pubiotomie était possible et on se préparait à la pratiquer lorsqu'apparut une hémorragie grave par suite du décollement prématuré du placenta

Le col était à peine entr'ouvert, laissant tout au plus passer un doigt. Comme le temps manquait pour pratiquer la dilatation, on fit le tamponnement du vagin et l'opération césarienne. Sur la demande de la parturiente, on pratique la section des deux trompes entre des ligatures.

Guérison. Enfant vivant à terme.

OBSERVATION VII

LEQUEUX, *Bull. Soc. obs. Paris*, n° 9, décembre 1910.

M^{me} Vis..., 32 ans, primipare, a vu ses dernières règles le 15 novembre 1909. La grossesse a évolué normalement jusqu'au 12 juillet 1910,

Suivie avec beaucoup de dévouement pendant toute cette période par M^{me} la doctoresse Bourguignon, elle a été examinée régulièrement et n'a jamais présenté d'albumine.

Le 11 juillet encore, un examen d'urine était resté négatif ; la femme se portait bien et ne présentait aucune menace de travail ; la grossesse semblait être alors de 7 mois environ, lorsque le 12 juillet, à 2 heures du matin, elle ressent une violente douleur abdominale.

Appelée à 8 heures du matin, M^{me} Bourguignon trouve un utérus uniformément dur dont le volume a subitement augmenté dans de telles proportions, qu'il ressemble à un utérus au voisinage du terme. La femme n'est pas en travail. Les urines contiennent une forte proportion d'albumine. L'état général est mauvais, le facies pâle, le pouls rapide.

Dans l'après-midi se produit une hémorragie externe, le pouls s'accélère et M^{me} Bourguignon craignant un accident nous amène la malade à 4 heures du soir.

Je trouve à l'examen la situation décrite par notre confrère et je note particulièrement un état de shock sérieux, une anémie marquée avec pouls à 120 et décoloration marquée des muqueuses ; le facies est en outre légèrement œdématié.

Le travail est à peine commencé : col effacé alors que depuis 12 heures la femme a des contractions douloureuses ; ce col est dur, peu extensible. Je crois percevoir les bruits du cœur très lointains et voilés.

Je pose le diagnostic d'hémorragie rétro-placentaire et propose une opération césarienne que je pratique séance tenante avec l'assistance du Dr Lemeland.

Cette opération fut pratiquée sous anesthésie prudente à l'éther.

L'épiploon est légèrement congestionné. On extrait un enfant récemment mort de 2050 grammes. Le placenta et les nombreux caillots qui le séparaient de l'utérus furent enlevés.

Après un moment d'hésitation, comme l'utérus ne saignait pas, je renonçai au tamponnement ou à toute autre opération complémentaire et je fermai l'utérus et la paroi abdominale par les procédés classiques.

Opération césarienne abdominale suivie d'hystérectomie

OBSERVATION I

MALCOM STORER, *The Bost. med. and surg. Journ.*, 1892,
CXXVII, p. 377.

M. M. ., 30 ans, VII pare, a eu ses dernières règles le 16 octobre 1890.

Dans la soirée du 6 mai, elle reçoit un coup violent sur l'abdomen, elle ressent quelques douleurs pendant la nuit.

Le 9 mai, à 6 heures du matin, elle se « sent mal. »

Un médecin appelé, note un pouls à 96, une température normale, mais la femme est très agitée.

Au toucher, le col est fermé. Elle n'est pas en travail. Une heure après survient une hémorragie brusque et abondante. On fait un tamponnement vaginal. A 10 heures du soir, la malade se sent faiblir, elle pâlit, son pouls bat à 150, il est intermittent : sa respiration est haletante.

L'utérus a augmenté de volume. Le col est resté dur, rigide.

Les membranes sont rompues ; mais on n'observe pas d'amélioration.

Le Dr Bajot appelé, décide après examen de la malade, de pratiquer l'opération de Porro, seule chance de salut pour la mère. La vie de l'enfant n'étant pas à considérer ; il était probablement mort.

Le pouls bat alors à 200 ; l'état du col reste stationnaire.

Opération de Porro. On extrait un enfant mort.

Injection de sérum.

La malade se remet bien. 4 jours après elle fut transportée à l'hôpital où elle fit une bonne convalescence.

Revue 4 mois après, elle se porte très bien.

OBSERVATION II

SOULIGOUX, *Bull. Soc. obs. Paris*, 1904, p. 137.

En prenant le service de M. Lejars, le 4^{er} août, je trouvai une malade, M^{me} Eugénie B . . , plumassière, âgée de 32 ans, entrée le 31 juillet pour hémorragie utérine grave. Le début de l'hémorragie remontait à 3 mois avec alternative de recrudescence et de diminution.

Quand je la vis les pertes étaient considérables, le facies pâle, le pouls faible, la température variait de 39°5 le soir à 38° le matin ; de plus, la malade avait des frissons répétés surtout intenses le soir.

L'examen de l'abdomen permettait de percevoir une tumeur lisse, arrondie, faisant corps avec l'utérus et remontant à 2 travers de doigts de l'ombilic. J'interrogeai cette femme au point de vue grossesse. D'après elle, jamais d'interruption dans le cours de ses règles, les seins étaient normaux et la pression ne faisait apparaître aucune goutte de colostrum. Je laissai la malade en observation jusqu'au 7 août. A cette date, les frissons se répétant, la température se maintenant toujours à 39°5 le soir, l'hémorragie devenant de plus en plus abondante et l'état général s'aggravant rapidement, je me décidai à lui pratiquer une laparotomie.

Le ventre ouvert, je vis un utérus qui ressemblait singulièrement à un utérus de femme enceinte. Il était lisse, volumineux, les veines utérines qui étaient énormes me confirmaient dans ma manière de voir. Je cherchai par la pression à reconnaître s'il n'existait pas de parties fœtales ; je ne perçus rien qu'une tumeur molle dans son ensemble. Avant de commencer l'opération, j'avais émis l'hypothèse qu'il s'agissait d'une fibrome intra-utérin en voie de mortification, me basant sur l'hémorragie et l'élévation de température.

Ne percevant rien, une fois le ventre ouvert, dans cet utérus, je me décidai à pratiquer une hystérectomie abdominale subtotale.

Les vaisseaux saisis entre les mors de pinces à forcipressure, je

sectionnai le col ; à ce moment, il sortit un peu de sang de la cavité utérine.

L'opération terminée, j'ouvris l'utérus et je constatai qu'il contenait un fœtus mort d'environ 5 mois. Toute la masse fœtale était enveloppée d'un épais caillot de sang de 2 centimètres d'épaisseur. C'est cet énorme caillot enveloppant fœtus et placenta qui m'avait empêché de sentir les parties fœtales.

La température monta le 1^{er} jour à 40° le soir, puis se maintint aux environs de 39°5 pendant 4 jours. Le poulx était très faible, mais bon. Des injections de 500 gr. de sérum furent faites pendant 5 jours. Puis brusquement la température descendit à 38° au 5^e jour pour devenir normale. Les fils furent enlevés le 12^e jour.

Réunion par première intention. Guérison.

OBSERVATION III

PULVIRENTI, 1901, N° 454. Clinique de Florence. *La Ginecologia*, anno V, fasc. 4, 1908.

C. G... 30 ans, primipare au 7^e mois de la grossesse, est prise brusquement d'une douleur abdominale vive, et présente peu après des signes d'anémie profonde.

On ne perçoit pas les bruits du cœur fœtal.

Dans les urines, grande quantité d'albumine, cellules rénales, cylindres hyalins et granuleux. Le col a conservé toute sa longueur. L'orifice externe est fermé. L'utérus est tendu, douloureux.

Pose d'un petit ballon de Barnes.

Le col étant d'une « rigidité extrême » et l'état général s'aggravant, on fait une laparotomie suivie d'hystérectomie supravaginale. Enfant mort. Utérus distendu par du sang. La femme meurt une demi-heure après l'intervention.

Le placenta présente de multiples infarctus.

A l'autopsie : Le foie présente des lésions de cirrhose, les reins sont volumineux et présentent des lésions de néphrite chronique. Sous la muqueuse stomacale on voit de nombreuses taches ecchymotiques. L'utérus présente de nombreux infarctus punctiformes et de nombreuses taches hémorragiques sous-séreuses.

OBSERVATION IV

RIBEMONT-DESSAIGNES, *in* DUQUET, thèse 1909.

Le 16 mars 1909, à 6 heures du soir, une femme de 37 ans, arrive à la clinique Beaujon parce que depuis l'après-midi, elle a eu des douleurs abdominales ; elle raconte qu'elle a eu des vertiges et des troubles visuels.

A l'examen, on est frappé de la pâleur de la face et des segments ; les lèvres seules sont colorées. La température est de 37°, le pouls est à 150. A l'interrogatoire, on apprend que les dernières règles remontent du 10 au 14 juin 1908 et que c'est une seconde-pare qui a eu en 1906, un premier accouchement à terme terminé par un forceps ; enfant mort-né.

Au palper, on constate un ventre très tendu, un utérus en contracture permanente d'une hauteur de 37 cm. qui rend le palper difficile. Néanmoins, on constate une présentation du sommet en O I G A. Les bruits du cœur très sourds et très lointains sont perçus à gauche.

En présence de la tension exagérée des parois, on porte le diagnostic d'hydramnios qui est confirmé par la sensation de flot très nette. Cependant la contracture, la pâleur de la face et la rapidité du pouls laissent place à la suspicion d'une hémorragie rétro-placentaire.

Au toucher, l'excavation est vide, le col déhiscent, basculé en avant, les membranes intactes. A travers celles-ci on sent une tête flottante au-dessus du détroit supérieur ; le cul de sac postéro-latéral gauche est fortement déprimé par une tumeur de consistance charnue et molle, étalée par la compression supérieure qui l'écrase sur la marge du bassin, elle masque l'angle sacro-vertébral, lequel autant qu'on peut le percevoir est facilement accessible.

Le sacrum, d'autre part est accessible dans toute sa hauteur.

En retirant le doigt après le toucher, il est légèrement teinté de sang.

Le diagnostic de fibrome ramolli par la puerpéralité s'impose.

Cette femme est mise en observation dans la salle de travail ; mise sur un plan décline, on lui fait 500 gr. de sérum sous-cutané et le pouls devenu meilleur, bat à 120.

A 1 h. 1/2 du matin, apparition de quelques contractions utérines.

A 2 heures du matin, alors que l'état général semblait amélioré, il se fait soudain une hémorragie vaginale formidable. Le sang qui s'écoule est noirâtre comme du sang épanché déjà depuis quelque temps.

Rupture artificielle des membranes ; diminution de l'hémorragie.

M. Ribemont-Dessaignes, appelé d'urgence, après examen et quelque hésitation, vu la faiblesse extrême de la malade, se décide à intervenir sur le champ.

Anesthésie au chloroforme. Laparotomie médiane. Extériorisation de l'utérus, césarienne. Extraction d'un enfant mort et opération de Porro.

Au moment de l'incision de l'utérus, on a de nouveau une vague sanguine assez importante et peu de caillots.

La malade ayant bien supporté le chloroforme se réveille, mais un quart d'heure après, elle retombe dans un état syncopal ; de nouveau le pouls s'affole et devient filiforme, incomptable. Malgré tous les efforts faits pour la remonter, la malade succombe exsangue en pleine connaissance à 8 heures du matin.

OBSERVATION V.

TARGETT, *in* DAVIES COLLEY. *British med. journ.*, 17 juin 1911, avec annotations dues à l'obligeance de l'auteur.

Amy S. . . , 34 ans, multipare, reçue le 19 octobre 1904, au Guy'S Hospital, a eu 7 enfants, et au cours des 2 dernières grossesses a eu au 8^e mois des hémorragies ante-partum. Sauf cela, santé toujours parfaite. Au 7^e mois de la grossesse actuelle, œdème des membres inférieurs, et quelques jours après violente douleur abdominale et syncope.

Le jour de son entrée, grande anémie, mais bon pouls, œdème

des membres inférieurs et urines très albumineuses sans autre symptôme anormal.

L'utérus est bien plus développé qu'il n'eût dû l'être pour cette époque de la grossesse. Il est tendu sans être dur et admet l'introduction de 2 doigts.

Version et abaissement d'un pied ; peu après collapsus, pouls à 144 et on constate que l'utérus a augmenté de volume.

Comme la dilatation est insuffisante, on décide de faire aussitôt une césarienne.

L'utérus contenait une grande quantité de sang, et comme il continuait à saigner, on fait une hystérectomie supra-vaginale.

Très faible après l'opération, la malade guérit cependant. L'œdème disparaît rapidement ainsi que l'albumine quelques jours après l'intervention.

Double phlébite pendant la convalescence.

OBSERVATION VI.

M. SAVAGE, M. A. M. B. F. R. C. S. Eug., due à l'obligeance de l'auteur.

M. J. S., 41 ans, est reçue à la Maternité de Birmingham, le 11 avril 1910, pour hémorragie occulte.

Passé obstétrical : 11^e grossesse. A signaler une hémorragie au cours des 3 dernières grossesses avec pourtant des enfants vivants (dernière grossesse 1908).

Grossesse actuelle. — Rupture spontanée des membranes à 4 h. 30 du soir le 11 avril, suivie d'hémorragie abondante. Le Dr Sangster est appelé à 6 heures et demande le Dr Webb en consultation. Etant donné l'état grave de la femme, qui est très pâle, et dont l'utérus est distendu et sensible, on la fait transporter d'urgence à l'hôpital, à 11 heures du soir.

L'état général est grave : collapsus, anémie, extrémités froides. Pouls à 150, petit, rapide, incomptable. L'abdomen est distendu, sensible, au point de rendre l'examen impossible.

On ne perçoit pas les parties fœtales.

Le refoulement de la tête fœtale qui appuie sur le segment inférieur donne lieu à une hémorragie abondante (2-3 pintes).

Le col est incomplètement dilaté.

Après avoir envisagé diverses méthodes thérapeutiques : tamponnement, accouchement rapide par version et extraction, césarienne vaginale suivie ou non d'hystérectomie, opération de Porro ; l'auteur recourt à ce dernier procédé.

A l'ouverture de l'utérus le placenta apparaît entièrement décollé ; issue de nombreux caillots, et d'environ une pinte de sang liquide. Opération de Porro classique. Enfant vivant du poids de 2869 gr.

Le placenta est couvert de caillots sur la face utérine. La malade a bien supporté l'anesthésie.

Pendant l'opération, injection de 2 pintes 1/2 de sérum intra-veineux ; sérum rectal.

Après l'intervention, la malade est agitée, le pouls est petit, incomptable. Autotransfusion. Injection hypodermique d'éther ; sérum. Amélioration rapide, pouls à 130°.

Suites opératoires. — Les 2 premiers jours le pouls est frappé, moins rapide, 100°-120°.

Râles humides aux deux bases.

Urines acides, densité 1016, avec trace d'albumine ; cylindres hyalins et quelques cylindres granuleux.

Le 3^e jour l'abdomen est ballonné, mais cette distension cède au calomel et à un lavement.

A partir du 5^e jour l'état s'aggrave. Le pouls est de plus en plus faible, bat à 130°-140, irrégulier. La température baisse, la malade se refroidit. Diarrhée. L'état reste le même jusqu'au 7^e jour : l'agitation devient alors incessante.

Mort le 8^e jour. Opposition à l'autopsie.

OBSERVATION VII (COUVELAIRE)

Cette observation est *in-extenso* reproduite p. 23.

Opération césarienne vaginale.

OBSERVATION I

RÜHL W, *Centralb. f. Gyn.*, n° 47, p. 1283.

Mme K. . . , III pare, dont les 2 premières grossesses ont été normales, est prise le 18 novembre 1900 d'une forte hémorragie à la suite d'un violent traumatisme abdominal.

Cette hémorragie est précédée d'une vive douleur abdominale. Elle perd connaissance.

Le fond de l'utérus remonte au niveau du rebord costal droit. On n'entend pas les bruits du cœur fœtal.

Le segment inférieur est dur, de consistance ligueuse. L'orifice interne admet à peine la pulpe du doigt. On n'atteint pas le placenta.

Pose d'un ballon de Champetier. L'hémorragie continue, l'état général devient inquiétant, pouls incomptable. Collapsus.

On fait une césarienne vaginale (durée 6 minutes) suivie d'extraction facile par le forceps.

Le placenta est expulsé peu après l'extraction suivie de gros caillots et de sang liquide.

Guérison.

OBSERVATION II

EVERKE, *Handbuch d. Geb. v. Winckel*, p. 658.

Femme X. . . , enceinte de 6 mois.

Elle est prise soudain d'une forte hémorragie, et présente rapidement des signes d'anémie grave.

En raison de cet état on fait une césarienne vaginale.

L'enfant né viable, meurt quelques heures après.

La mère guérit.

OBSERVATION III

PESTALOZZA, *Comptes-rendus du 4^e Congrès international de Rome, 1902.*

Femme X. . . , à la suite d'une chute, est prise brusquement, au 6^e mois de sa grossesse, d'une hémorragie grave.

L'auteur recourt à l'opération de Dührsenn qu'il modifie.

Incision du col et du segment inférieur en arrière, après décollement du vagin ; incision limitée en avant à la paroi cervicale.

Rupture des membranes, version et extraction^e facile d'un fœtus petit d'environ six mois. Suture de la brèche opératoire.

Les fils sont retirés au 15^e jour.

Guérison.

OBSERVATION IV

RIDDLE GOFFE, Meeting New-York obs. Soc., 11 avril 1905,
Annales of Gyn. and. Ped., vol. 18, p. 315.

X. . . , 29 ans, au 6^e mois de sa grossesse.

Depuis une semaine elle souffre dans le bas-ventre et perd du sang d'une façon presque continue.

Le col est perméable, il admet un doigt.

L'hémorragie continuant malgré la rupture des membranes, le col ne se laissant pas dilater, on recourt aux méthodes sanglantes.

On fait une incision de la lèvre antérieure du col, qu'on prolonge sur le segment inférieur jusqu'à l'orifice interne. On peut alors extraire facilement le fœtus et le placenta.

Suites opératoires bonnes. Convalescence parfaite.

OBSERVATION V

FABRE, in GASTON. Thèse Lyon, 1906.

M. B. . . , 28 ans, cuisinière, entrée le 12 mai 1906.

Antécédents. — La malade étant dans un état des plus alarmants lorsqu'on l'amène à la clinique, on ne peut obtenir que quelques

renseignements. C'est ainsi qu'elle prétend être enceinte de 6 mois $1/2$.

A l'entrée, le premier examen nous montre une femme déprimée, pâle, sans force, dont la chemise est imbibée de sang, elle dit avoir perdu depuis une heure de l'après-midi (entrée à 3 heures).

3 heures du soir. Après de nombreuses questions, on apprend qu'elle a habituellement une santé excellente et que les premiers mois de sa grossesse se sont écoulés sans accidents.

Le matin (jour de son entrée), elle a ciré un parquet, mais ne s'est pas sentie plus fatiguée que de coutume. Ce n'est que vers une heure de l'après-midi qu'elle s'est mise à perdre brusquement.

A l'inspection, les téguments sont pâles et les muqueuses exsangues. Elle est dans un état complet de shock.

Le poulx, d'abord incomptable, est à 76 après un moment de repos, mais petit et filiforme.

L'utérus a une hauteur de 27 centimètres, il est contracté et très dur. Un filet de sang s'échappe de la vulve.

La sœur Chomard pratique le toucher et, par un orifice dilaté (2 centimètres $1/2$), arrive à sentir la poche des eaux.

Vu l'état grave de la malade, on lui fait deux injections de sérum (550 gr. chacune) sous les seins.

3 h. 35 du soir. Le poulx est toujours à 76, mais plus régulier et mieux frappé. La malade a quelques vomissements, on lui donne un cordial. L'hémorragie continue.

4 heures soir. Le Dr Gonnet pratique un tamponnement vaginal avec 2^m20 de gaze aseptique.

4. h. 15. Poulx : 88. Le toucher révèle un col étroit et dur. Entre la poche des eaux et la paroi utérine, le sang coule. Pour parer à cette hémorragie. M. Gonnet, chef de clinique, place un ballon dilateur de Champetier (sous anesthésie à l'éther). Au réveil légers vomissements.

4 h. 50. Poulx : 104. La malade délire, se plaint de ne pas y voir, cherche à éloigner l'entourage et demande qu'on la laisse mourir.

4 h. 55. Nouvelle injection de sérum sous le sein gauche (200 gr.). On essaie d'inciser l'orifice externe du col.

5 heures. — La malade est portée sur la table d'opération, le

Dr Gonnet, après avoir enlevé le ballon, essaye de dilater l'orifice interne et rompt la poche des eaux avec le doigt.

Après plusieurs tentatives infructueuses de dilatation, il sectionne l'orifice externe en plusieurs endroits, puis n'obtenant toujours rien, sectionne la partie inférieure de l'orifice interne (sans plus de succès d'ailleurs). La branche gauche de la pince à os passe facilement, mais la droite ne peut être introduite. Le perforateur du crâne passe et la boîte se vide. L'utérus diminue de volume (21 centimètres).

Après plusieurs tentatives inutiles pour engager une partie fœtale. le Dr Gonnet refait un tamponnement utérin et vaginal.

5 h. 25. Pendant l'opération on réinjecte 200 grammes de sérum. L'état de la malade reste stationnaire. Pouls : 100, mou, mais plein.

7 heures. Nouvelle injection de sérum (300 gr.). Suintement sanguin à la vulve. Pouls : 78.

7 h. 20. Intervention d'urgence. Le Prof^r Fabre, prévenu, arrive immédiatement. Après un toucher où il constate l'impossibilité de dilater le col, il décide de faire une césarienne vaginale sous anesthésie.

Après avoir érigé l'utérus en bas, l'avoir décollé de la face postérieure de la vessie et l'avoir attiré en avant, il fait une incision antérieure de 7 centimètres environ et une postérieure de 6 centimètres.

Un bras du fœtus est enlevé, la tête sectionnée et le corps vient ensuite. Sutures, mèches. Pouls : 140 à 8 h. 25 (fin de l'opération).

13 mai. — 8 h. 35 du matin. La nuit a été calme ; on a donné du chloral, du champagne et fait deux lavements de sérum. Pouls : 118. Température : 38°2.

10 heures. Le Dr Fabre ordonne pour la journée, 2 grammes de chloral et de l'eau à volonté. Toilette externe, après extraction de la mèche placée dans l'utérus. L'albumine diminue.

14. — 8 heures du matin. La nuit a été calme encore. Pouls : 140. Température 38°7. Purgation avec effet.

3 heures du soir. Etat général meilleur, mais à certains moments, la malade ne comprend pas les questions qu'on lui pose.

Suites de couches. Très bonnes. Abaissement progressif de la température, et diminution graduelle de l'albumine.

23 *Mai*. — La malade est encore pâle et très anémiée. Elle présente toujours des troubles de la vue (brouillard, diplopie), mais il n'y a plus d'albumine et la température est au-dessous de 38°.

Ablation des fils (6 en avant, 5 en arrière). Cicatrisation à peu près complète en avant, incomplète en arrière.

24. — La fièvre reparait et semble due à l'ablation des fils.

14 *Juin*. — Depuis, rien de particulier à signaler. Des injections vaginales au permanganate de potasse ont été pratiquées chaque jour. La fièvre n'a pas reparu.

L'état général est bon, mais la malade est encore très anémiée. Toujours très nerveuse, elle ne consent à répondre aux questions que si l'on insiste fortement. Les troubles de la vue persistent encore. L'examen du fond de l'œil ne révèle rien : pas d'œdème, papille blanche, petites veines peu colorées, lésions anémiques.

OBSERVATION VI

GERMANN. Thèse Iéna, 1907.

Emma Sch..., 28 ans, multipare, mère de 7 enfants, scrofuleuse, a eu des grossesses normales sauf trois, où l'on note : une hémorragie au cours de la grossesse, une présentation de l'épaule, et sa grossesse actuelle, compliquée d'hémorragie.

L'hémorragie est apparue au début du travail, brusque et abondante. Pouls petit ; baillements.

Le col conserve toute sa longueur ; l'orifice externe admet la pulpe du doigt.

L'utérus est plus développé que normalement : il y a disproportion entre le volume de l'organe et l'âge de la grossesse.

3/4 d'heure après. L'hémorragie devenant plus abondante, l'état général s'aggravant, on se décide à intervenir chirurgicalement.

On fait une césarienne vaginale typique. Version. Extraction d'un enfant mort. Expulsion d'une quantité considérable de caillots suivant le délivre décollé.

Les suites opératoires sont bonnes. La malade se lève au onzième jour.

OBSERVATION VII

HERZ EMM. *Wiener med. Wochensch.*, N° 5, p. 235, 1907.

M^{me} X..., III pare, est prise brusquement au 8^e mois de la grossesse d'une forte hémorragie, suivie d'état syncopal, à la suite d'une chute.

Le poulx est petit, filiforme, irrégulier ; l'abdomen très ballonné. On ne sent pas les parties fœtales. On ne perçoit pas les bruits du cœur fœtal.

On note des hémorragies à répétition au cours de ses grossesses antérieures. Après le dernier accouchement, elle eut une hémorragie inquiétante. Malgré le repos au lit, elle vit survenir cette hémorragie 3 ou 4 semaines après l'accouchement.

Elle saigne toute une journée à l'occasion des moindres écorchures.

Il s'agit ici d'un décollement prématuré du placenta normalement inséré, chez une hémophile.

A l'examen, le vagin est ramolli. On y trouve de gros caillots.

L'orifice externe du col admet la pulpe de l'index. L'orifice interne est fermé.

L'état général de la malade est très altéré à cause de l'hémorragie continue.

Opération de Dührsenn sous anesthésie. L'incision de la lèvre postérieure du col, jusqu'à l'insertion vaginale et en avant l'incision du dôme vaginal et du col jusqu'à l'orifice interne ont suffi. Les incisions du col ont déterminé une hémorragie importante ; des pinces ont été placées sur les lèvres de la plaie et retirées après 5 minutes.

On extrait par version un enfant mort.

Le placenta est enlevé et on voit de gros caillots sanguins sur sa face utérine.

Tamponnement de l'utérus. Suture des plaies opératoires et du cul de sac antérieur. 250 cc. de sérum à plusieurs reprises. Quelques heures après le poulx est meilleur 122. Etat général plus

satisfaisant. Le lendemain, P. : 120. T. : 38°1 ; la malade continue à saigner.

16 *Septembre*. — On enlève le tamponnement. Ergotine. Pas de fièvre. Cicatrisation des plaies par première intention. Les cicatrices étaient visibles et appréciables au toucher sur l'orifice. Guérison.

OBSERVATION VIII

DÖDERLEIN. *Monatsch. Geb. u. Gyn.* Bd. 27, p. 650, 1908.

X. ., 8^e mois, est prise d'une hémorragie abondante. L'utérus présente une dureté ligueuse. Le col admet à peine un doigt.

L'état général s'aggravant, on fait une césarienne vaginale typique.

L'enfant est vivant.

L'utérus est rempli de sang. Ce sang soigneusement recueilli pèse 2 kgr.

Guérison.

OBSERVATION IX

SKROBANSKY. *Centralbl. f. Gyn.*, p. 116, 1910

VII pare. 8^e mois de la grossesse elle entre à la clinique pour hémorragie durant depuis 4 heures. Cette hémorragie est survenue sans cause. On note des signes d'anémie grave.

Le col est très dur et résistant. Le canal cervical admet difficilement 1 doigt ; la femme n'a pas de contractions douloureuses.

L'hémorragie continue malgré le tamponnement.

On décide de faire une césarienne vaginale. On incise la lèvre antérieure du col et le segment inférieur. Cette incision étant insuffisante, on recourt alors à la section de la lèvre postérieure ; le péritoine est ouvert.

Extraction de l'enfant par version

Le placenta et de gros caillots sortent immédiatement. Suture ; guérison par première intention.

A noter la brièveté du cordon qui est de 42 cm. et un double circulaire autour du cou du fœtus.

CONCLUSIONS

1° *Le traitement chirurgical reconnaît des indications exceptionnelles dans la thérapeutique générale des hémorragies par décollement prématuré du placenta normalement inséré ;*

2° *Les indications générales du traitement chirurgical ressortent de la coexistence d'une hémorragie grave continuant malgré la rupture large des membranes et mettant en danger la vie de la mère — avec un état du col ne permettant pas l'évacuation immédiate du contenu utérin ;*

3° *Cliniquement, le traitement chirurgical doit être employé lorsque l'accélération du pouls marque la gravité de l'hémorragie due au décollement placentaire et que le toucher montre que les bords de l'orifice utérin sont peu dilatés et difficilement dilatables ;*

4° *Le traitement chirurgical doit être pratiqué d'urgence, aussitôt l'indication posée ;*

5° *L'opération césarienne abdominale, le plus souvent suivie d'hystérectomie, paraît être la conduite de choix.*

BIBLIOGRAPHIE

- Aschkanazy. *Zur Pathologie der vorzeitigen Lösung der normal sitzenden Placenta*. Diss. Königsberg, 1902.
- Backer. *Amer. Journ. of obst.*, vol. 24, p. 653, 1891.
- Bar et Kervilly. Notes sur les lésions cellulaires du foie dans un cas d'hémorragie rétroplacentaire. *Bull. Soc. obst. Paris*, 15 mars 1906, p. 118.
- Baudelocque (J.-L.). *Traité de l'art des accouchements*, Paris, 1796.
- Baudelocque (C.-A.). *Traité des hémorragies internes de l'utérus*. Paris, 1831.
- Bayer. Über fehlerhaften Sitz der Nachgeburt. *Beitrage. Zeitsch. für Geb. und Gyn.*, VII, 3.
- Benicke. Gesellschaft f. Geb. u. Gyn. in Berlin. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd 11, 1885, p. 408.
- Biancardi. *Ann. di ost. e gin.*, mai 1905, in GASTON, th. Lyon, 1906.
- Braxton Hicks. On concealed accid. haemorrhage at the latter end of pregn. and during labour. *Transact of the obs. Soc. London*, vol. 2, p. 63, 1860.
- Brauns. *Über vorz. Lös. der Plaz. bei norm. Sitz*. Thèse Marburg, 1893.
- Bruijn. Bij. gevallen van solutio placentae. *Med. Weekbl.*, 15 J. N° 14, 1908. *Fromm. Jahresb.*, 1909, p. 684.
- Brunton. On concealed haem. *Obst. Journ. of great Britain and Ireland*, vol. 3, 1876, p. 487.
- Brindeau. Pièce d'hémorr. rétro-placentaire. *Soc. d'obst. de Paris*, 21 nov. 1907, p. 256.
- Balika. Vorzeitige Lösung der an normaler stelle haftenden Plazenta gynäk. sekt. der kgl. ungar. ärzter zu Budapest, 20 mars 1906. *Zentralb. f. Gyn.*, n° 42, p. 1292.
- Bernheim Stern. Hémorrhagie rétro-pl. *Bull. Soc. obs.*, p. 126, n° 3, 1910.
- Blacker. Dilatation of the Cervix uteri by Bossis dilatation. *The Journal of obst. and Gyn.*, p. 266, 1907.
- Bumm. Künstliche Erweiterung des schwangeren uterus. *Verhand. d. Deutch. Ges. f. Gyn.*, Bd. XI.

- Boissard. Dilatation rapide et forcée du col pendant la grossesse. *Gaz. hôp.*, 7 avril 1908.
- Bossi Tiefe. Incision zur gewalt. Entbildung und der vaginale Kaiserschnitt. Discussion sur l'opération de Duhrsenn et ses conséquences. *Zentr. f. Gyn.*, n° 26, 1906.
- Bossi. Deux cas de dilatation. *Zentr. f. Gyn.*, n° 10, 1906.
- Couvelaire. A propos de cinq cas d'hémorragie rétro placentaire. *Revue pratique d'obst.*, de *péd.*, décembre 1908.
- Opération de Porro pour hémorragie rétro-placentaire grave chez une femme primipare albuminurique et azotémique. *Soc. Obst. de France*, 5 octobre 1911, et *Ann. de Gyn. et d'Obs.*, octobre 1911.
- Colceanu. *Décoll. prémat. du placenta*. Th. Bucarest. 1903.
- Crassau. *Contribution à l'étude des hémorragies rétro-placentaires*. Thèse de Paris. 1906.
- Chevaldycheeff. Hystérectomie pour hémorragie consécutive à un décollement du placenta. *Société d'obstétrique et gynécologie de Moscou*. *L'Obst.*, août, p. 403, année 1, n° 4, 1908.
- Charles Hémorragie rétroplacentaire dans les derniers mois de la grossesse. *Journal d'accouchement*, n° 14, 1908. *Zentr. f. Gyn.*, n° 10, p. 364.
- Devraigne. Homoglobinomètre dans le diagnostic des hémorragies rétroplacentaires. *Bull. Soc. obst.*, n° 516, p. 199, 1905.
- Dührsenn. Nochmals Bossi und Cesar vag. *Arch. f. Gyn.*, Bd 75, Heft, 2 et Bd. 77, 1903. *Arch. fur Gyn.*, 1903, Bd LXXV. H. 2, p. 247.
- Kaisers. vag. demonstration Muncher Gyn. Ges., 2 nov. 1907. *Monat. f. Gebur. und Gyn.*, Bd 27, p. 630; *Zentralb. f. Gyn.*, 11, p. 370.
- Devraigne et Ventouras. Rupt. sinus circul. *Bull. Soc. obs.*, 237, 21 juin 1906.
- Desmond. *Liverpool med. chir. journ.*, janvier 1857.
- Duquet. *De l'opération césarienne dans les cas d'hématomes rétroplacentaires*. Thèse Paris, 1909.
- Engström. Zur kenntnis der vor. Los. der. nor. plac. Sitz. *Mitteil. aus d. Gyn. Kl. des prof. Engström in Helsingfors*. Berlin, 1908, Bd 7, Helt 3.
- Esmann. Tilfaelde af. for tidid Lösung of den normalt inserede Placenta. *Ugeskrift f. Laeger*, 1903, p. 638.
- Everke. *Handbuch d. Geb. v. Winckel*, p. 638.
- Evertz. *De entijldige loslating van de normal gelegen placenta*. Diss. Leiden, 1897.
- Faure. Du décollement prématuré du placenta normalement inséré. Zurich, 1899.

Forin. Thèse de Paris, 1892.

Fry. Les indications de la césarienne vaginale. *Surg. gyn. und obs.*
Ref. in *Zentralb. f. Gyn.*, n° 19.

Franck. Contribution à l'étude des hémorragies rétroplacentaires. Thèse
de Nancy, 1907.

Fabre. *Lyon méd.*, 10 oct. 1906.

Gaston. Du décollement du placenta normalement inséré au cours de la
grossesse. Thèse de Lyon, 1906.

Germann. *Über vorzeitige Lösung der normal sitzenden Plazenta*. Thèse
Iéna, 1907.

Goodell. Concealed accidental hemorrhage of the gravid uterus. *Amer.*
Journal of obst., vol. 2, p. 281, 1870.

Griffith. *Frommels Jahresbericht*. Jan. 1907, p. 559.

Guerard. *Über die Vorzeitige Lösung der normal sitzenden Plazenta*
am Ende der Schwangerschaft. *Monatschrift f. Geb. u. Gyn.* Bd XIV,
1901, p. 619.

Gottschalk. Zur Lehre von der vorzeitigen Lösung der normalsitzenden
Plazenta. *Verh. d. deutschen Gesellschaft f. Gyn.*, VII, p. 492, 1897.

Graefe. *Über vorzeitige Lösung der Plazenta bei normalem Sitz*. *Zeitsc.*
für Geb. u. Gyn., Bd. 23, p. 427, 1892.

Grulich. *Über die vorzeitige Ablösung der normalsitzenden Plazenta*.
Diss. Halle, 1903.

Galmann. *Les indications de la césarienne vaginale*. Thèse Freiburg,
1908.

Gache. Le dilateur de Bossi. *Ann. Gyn.*, 672, nov. 1904.

Gentili. Taille cés. vag. *Archiv. di ostetricia*, n°s 11 et 12, 1905. *L'obsté-*
trique, mai 1906.

Guérin Valmal. Décollement prématuré du placenta. *Soc. obs. Paris*
n° 3, 1903.

Haacke. *Über den Vorfall der Nachgeburt*, etc. *Arch. f. Gyn.* Bd., 58,
1899, H. 3, p. 455.

Habit. *Über intrauterine Blutungen in der Eröffnungsperiode der*
Geburt vor dem Abgange des Fruchtwassers. *Wiener med. Wochen-*
schrift, 1886, Nr. 38, und 39, p. 617-636.

Häberlin. Schwangerschaft mit Morbus Basedowi. Vorzeitige Lösung
der normalsitzenden Plazenta. *Zentralbl. f. Gyn.*, 1899, n° 26.

Hartmann. *Deu for tidlige Lösning af den pae normalt*. *Sted inserierte*
Placenta. Kjöbenhavn, 1908.

Hennig. Haemorrhagia gravid interna. *Arch. f. Gyn.* Bd. 8, 1875, p. 336.

- Henry (M^{re}). De l'hémorragie utérine mixte et abondante, pendant la grossesse et l'accouchement sans insertion vicieuse du placenta. *Ann. de Gyn.*, 1891, t. II, p. 357.
- Hermann. A case of concealed accidental haemorrhage. *Obstetrical Journal of Great Britain and Ireland*, vol. 8, 1890, p. 87.
- Hoffström. Essfall af lösning af normalt belägen placenta under hafandeskap. *Finska Läkaresällskapetets Haudlingar*, mai 1907.
- Hofmeier. Störungen der Schwangerschaft durch Vorzeitige Lösung der Plazenta bei normalen Sitz. V. *Winckels Handbuch der Geburtshilfe*, 1904, Bd. II, 2 p. 1185.
- Holmes. Ablatio placentæ. Détachement of the normalis situatio placenta. *The Journal of Amer. and Association*. Nov. 28, 1908, p. 1845.
- Herz. Ces. Vag. Pez eglad lekarski, n° 24 et 25. *Ref. Zent. f. Gyn.*, n° 52.
- Handfield (Jone). Bossi dilatation. *Transact. of the obs. soc. of London*, vol. 11, p. 104.
- Hahl. Über die Auswendung von Bossi dilat. *Arch. f. Gyn.*, 61, 1905.
- Herzfeld. Zur vorzeitigen Ablösung der normal sitzenden Placenta, *Arch. f. Gyn.* Bd. 82, p. 364, 1907.
- Herz (E.). 3 cas de césarienne vaginale dont 1 pour décollement prématuré du placenta. *Wiener med. Wochens.*, n° 5, 1907.
- Jolly. Dilatation de Bossi et décollement prématuré, *Zentralb. f. Gyn.*, n° 16.
- Jef. Miller. Césarienne vaginale. *New-York med. a. surg. Journ.*, fév. 1905.
- Kouwer. Nederlandsche Gesellschaft für Obs. und Gyn., 13 oct. 1897. *Zentralbl. f. Gyn.*, 1898, p. 755.
- Kerr, Munro. L'accouchement forcé. *Gaz. hôp.*, 19 mai 1898.
- Klein. Über die Künstliche Erweiterung des schwangeren Kreissenden Uterus. *Deutsch. med. Woch.*, 262, 1907.
- Kalmykoff. Zur Kasuistik der von Los. der. Plac. bei normalen Sitz. *Wratsch Gaz.*, n° 33, 1906.
- Kammann. Retroplacental Blutung Mittelrh. *Gesellch. f. Geb. und Gyn.* Franckf., 15 déc. 1906, *Monatsch. f. Geb. und Gyn.* Bd. 25, p. 557.
- Lavonius (H.). Über die vorz. Lös. der normal Sitz. Plazenta. *Arb. aus der Geb. Gyn. Universit. Klin. in Helsingfors*. Heft, 12, 1910, p. 85.
- Landon. Du décollement du placenta inséré normalement au cours de la grossesse. Thèse de Paris, 1906.
- Lee. Abruptio placenta (premature placental detachment). *Amer. Journ. of obst.*, déc. 1905.

- Le Golvan. *Des hémorragies rétroplacentaires*. Th. Paris, 1910.
- Lobenstine et Harrar. *Bull. of the Lying in Hospital of the City of N. Y.*, sept. 1907, p. 53.
- Luig. *Über Ablösung der Plazenta bei normale Sitz derselben bei der Endzeit der Schwangerschaft und der Geburt*. Diss. Kiel, 1904.
- Le Lorier. Décollement prématuré du placenta. *Annales de Gyn.*, juin 1906, p. 372.
- Limbacher. *Frommels Jahresb.*, 1907, p. 637.
- Lepage. Hémorragie retroplacentaire. *Soc. d'ob., de gyn., de péd.*, 12 oct. 1910.
- Lunkenbein. *Ces. vag. Münch. med. Wochen.*, n° 23.
- Liepmann. L'hystérectomie vaginale antérieure. *Klinik Vortrag. med. Klinik*, n° 14, 1906.
- Lehmann (M.). *Des hémorragies retro placentaires*. Thèse Paris, 1898-99.
- Maklowsky. Zur Atiologie der Vorzeitigen Lösung der Placenta von normalen Sitz. *Monatsschrift f. Geb. u. Gyn.* Bd. IV, 1896, p. 212.
- Massin. Zur Frage über Endometritis bei akuten infektiösen allgemeinerkrankungen. *Arch. f. Gyn.* Bd. 40, 1891, p. 146.
- Mauran. *Des cas de mort par décollement prématuré du placenta inséré normalement*, thèse Paris, 1909.
- Mauriceau. *Traité des maladies des femmes grosses*. Paris, 1681.
- Motte (de la). *Traité des accouchements*. Paris, 1726.
- Moussatoff. Au sujet du décollement prématuré du placenta. *L'obst.*, fév. 1908, p. 105.
- Müller. Die Vorzeitige Lösung der Plazenta vorm normalen Sitz. *Korr-Blatt f. Schweizer Ärzte*, XXI, n° 7, 1851, p. 202.
- Mundé. Intrauterin ante-partum haemorrhage. *Amer. journal of obstet.*, vol. 14, 1881, p. 632.
- Moosauer. *Décollement prématuré du placenta*, thèse Würzburg, 1904.
- Mussatow. *Zent. f. Gyn.*, n° 42, p. 1486, 1907
- Mirotwortzeff. Zur Frage über den Kaiserschnitt. *Wratsch. Gaz.*, n° 20, 1907.
- Nicholson. Premature separation of the Placenta from. ut. normal position. *Univ. Pennasylvania med. Bull.* sept.; *The Brit. med. Journ.*, p. 86, 15 déc. 1906.
- Ocker. *Über Vorzeitige Lösung der normal sitzenden Plazenta in den letzten Monaten der Schwangerschaft und während der Geburt*. Diss. Berlin, 1893.
- Odebrecht. Trauma bei einer Schwangeren. *Zeitschrift f. Geb. u. Gyn.*, Bd XXVII, p. 234, 1893.

- Olshausen. Décollement prématuré. *Münch. med. Wochenschr.*, n° 51, 1903.
- Pelz. *Über vorzeitige Lösung der Plazenta*. Diss. Berlin, 1872.
- Pinard. *Clinique obstétricale*. Paris, 1899, p. 197.
- De l'hémorragie rétro-placentaire. *Repertoire de méd. internat.*, n° 1, 1911.
- Platonoff. Opération césarienne, pour hémorragie grave chez une femme à bassin moyennement rétréci. *Journ. russe d'obst. et de gyn.*, juillet 1907. Ref. *L'Obst.*, année 1, n° 3 p. 347.
- Pollak. Dilatateur mécanique Bossi. *Ann. de gyn. et d'obst.*, nov.
- Nouvelle considération sur la dilatation mécanique du col. *Mö-natsch. f. Geb.*, XXI, H. 4485, 1905.
- Pulvirenti. Sul distacco precoce de placenta normalmente inserta. *La Gynecologia*. Firenze, anno V, fasc. IV. Artum di sant agnese, 1908.
- Rousseau-Dumarcet. *Du décollement prématuré du placenta normal. inséré*. Thèse de Paris, 1892.
- Rosenberg. *Frommels Jahresbericht*, 1894, p. 80-307.
- Rühl. *Zentralbl. f. Gyn.* 1901, p. 1283.
- Reddy. Indication f. Kais. Brit. med. Journ., n° 2392. *Deutsche med. Woch.*, n° 46, 1906.
- Ridle Goffé. *Annals of Gyn.*, 1905, vol. 18, p. 315.
- Raineri. Di un caso de hematoma placentare. *La Gynecologie*, 31 juli. *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XIV, Heft, 4, p. 568, 1906.
- Riss. Décollement prématuré du placenta. *Journ. d'obst., de gyn., de péd. pratiques*, 20 janv. 1906.
- Seitz. Zwei sub partu Verstorbene Fälle von Eclampsie mit vorzeitiger Lösung der normal sitzenden Placenta. *Archiv. f. Gyn.*, Bd 69, p. 71, 1903.
- Schickele. Klin. Beiträge z. vorzeitigen Lösung der Placenta. *Munchener med. Wochenschrift*, n° 51, 1903. *Beiträge z. Geb. u. Gyn.* 1904, Bd VIII, 3, p. 337.
- Die Bedeutung schwer. Blutungen, *München. med. Wochensc.*, n° 21, p. 1119, 1908.
- Steffens. *Fälle von vorzeitiger Lösung der normal sitzenden Plazenta*. Diss. Strasbourg, 1904.
- Scheffer. Deux cas de décollement prématuré. *Arz. sh. verein in Frankfurt, à M. Münch. med. Woch.*, n° 46, p. 2393, 1910.
- Rupture du placenta pendant l'accouchement. *Münch. med. Woch.*, n° 47, p. 2448, 1910.

- Schönfeld. 5 cas de dilatation du col par dilatateur de Seigneux. *Bull. Soc. belge de Gyn. et obs.*, n° 4. 1906.
- Sinclair. Dilatation artificielle du col pendant la grossesse. *The jour. of obst. and Gyn. of th. Brit. Emp.*, sept. 1905.
- Schwæder. *Gesellsch. f. Gyn. Monatsch.* Bd. 23 mai 1905.
- Strauss. Ces. vag. méd. record, 18 mars 1905. *Bull. méd. de thérap. med. chir. obs.*, pharmacie, 8 nov. 1905.
- Seigneux (De). Travail sur dilatation du col pendant la grossesse. *Arch. f. Gyn.* Bd. XX, 1903.
- Temple. *Frommels Jahresbericht*, f. 1907, p. 559.
- Weatherley. A case of internal concealed haemorrhage. *British med. journ.* 1878, II, p. 284.
- Veit. *Handbuch d. Geburtshilfe von P. Müller.* Bd. II, 1889, 840. *Die Verschleppung der chorionzotten.* Wiesbaden, 1905, p. 57.
- Winter. Zur Lehre von der vorzeitigen, Plazentarlösung bei nephritis. *Zeitschrift f. Geb. u. Gyn.* Bd. II, 1885, p. 398.
- Wright. Über Blütung während der Schwangerschaft. *Brit. med. assoc. in Toronto. Zentralb. f. Gyn.* n° 20, p. 57, 1907.
- Weber. Antepartum hemorrhage *Nottingham med. chir. Soc.*, 7 avril, *Ref. Brit. med. journ.*, 17 avr., p. 955, 1910.
- Warren. Dystocia due to accidental hemorrhage. *Americ. journ. of obs. N. G.*, vol. XXXIX, p. 163-173, 1898.
- Weiss. Über vorzeit. Lös. der norm. Sitz Plaz. *Arch. f. Gyn.* Bd. 46, 1894, p. 256.
- Zamorani. Sur un cas de décollement prématuré. *L'art. obstetrica*, Milano, anno 20, p. 61-68, 1906.

Vu :

Le Président de la thèse,
PINARD.

Vu :

Le Doyen,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

